

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears Informe 2006

Direcció General de Salut Pública i Participació

Servei d'Epidemiologia

Antònia Galmés Truyols
Joana Vanrell Berga
Gabriel Arbona Cerdà
Margarita Portell Arbona
Maria Ramos Monserrat
Catalina Bosch Isabel
Antonio Nicolau Riutort

Centre Insular d'Eivissa i Formentera

Alicia Magistris Sancho
Anna Roca Moreno

Centre Insular de Menorca

Joan Abellan Olaya
Cristina Fernandez Sintes

Suport administratiu

Teresa Miserol Colom

Agraïments

A totes les persones que aporten informació epidemiològica i suport tècnic en les investigacions

Imprempta

ingrama.sa  (GRÁFICAS GARCÍA)

Edita

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut i Consum
Direcció General de Salut Pública i Participació
Palma – Mallorca - Octubre de 2007

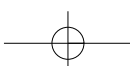
Copyright

Conselleria de Salut i Consum

ISBN: 978-84-606-4360-9

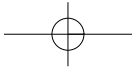
Dipòsit Legal

PM-1843-2007



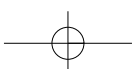
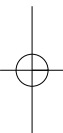
Index

	Pag.
1. Introducció	7
2. Notes metodològiques	9
3. Definicions de cas	12
4. Mesures de qualitat del sistema	21
4.1. Notificacions per totes les fonts	21
4.2. Atenció primària. Nivell de cobertura per zones bàsiques, illes i especialitats	21
4.3. Declaracions hospitalàries. Notificacions i casos declarats	23
4.4. Casos de malalties individualitzades. Subnotificació	23
4.5. Altres fonts d'informació	24
4.6. Retard de les notificacions	24
5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria	25
5.1. Incidència global	25
5.2. Malalties de declaració exclusivament numèrica	26
Diarrea infecciosa aguda	26
Febre exantemàtica mediterrània	26
Febre recurrent per paparres	26
Grip	27
Infecció gonocòccica	27
Sífilis	28
Varicel·la	28
5.3. Malalties de declaració numèrica i individualitzada	29
Disenteria Bacil·lar	29
Febre tifoide i paratifoide	29
Hepatitis A	29
Hepatitis B	30
Hepatitis víriques (altres tipus)	30
Legionel·losi	31
Leishmaniosi	33
Malaltia meningocòccica	34
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i>	35
Parotiditis	35
Rubèola	36



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Tètan	36
Tos ferina	36
Tuberculosi respiratòria	37
Tuberculosi no respiratòria	39
5.4. Malalties sotmeses a plans o registres específics	40
Creutzfeldt-Jakob	40
Sífilis congènita	40
Lepra	40
Poliomielitis	41
Sida-infecció vih	43
Xarampió	45
6 Brots epidèmics	47
6.1. Brots de transmissió alimentària	47
6.2 Brots de transmissió no alimentària	48
7. Casos importats	50
Annex I. Taules	51
Annex II. Figures	85



Amb l'edició d'aquest informe relatiu a les malalties de declaració obligatòria de l'any 2006 i per cinquena vegada consecutiva aquesta Direcció General aposta per potenciar la difusió de les dades procedents dels sistemes d'informació en Salut Pública. Precisament el sistema de notificació obligatòria de malalties n'és un dels components més tradicionals.

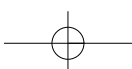
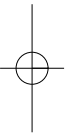
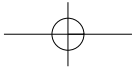
Un sistema d'informació com el que ens ocupa ha de tenir com a component rutinari de funcionament mecanismes que assegurin la bidireccionalitat de la informació. Amb l'elaboració i difusió d'aquest informe, aquesta Direcció General continua apostant pel component de retroalimentació de la Xarxa de Vigilància a les Illes Balears. L'objectiu global és, en definitiva, aconseguir una millora real del funcionament dels sistemes d'informació en salut pública.

En els darrers anys i degut a diferents factors, especialment lligats a la potenciació de la Xarxa de Vigilància a Europa, s'ha reforçat de manera considerable el paper del registre de malalties de declaració obligatòria dins l'àmbit de la vigilància. De fet, aquest registre, juntament amb el sistema de vigilància i investigació de brots epidèmics, constitueix l'anomenat "sistema bàsic" de les xarxes de vigilància. En un context més global, aquest sistema bàsic s'integra en una estructura de vigilància que reclama cada vegada més protagonisme, fonamentalment pel que fa a la capacitat d'oferir possibilitats d'intervenció en salut pública i fins i tot com una eina més de les activitats de programació i planificació.

Serveixi aquesta publicació, a més a més, d'agraïment a totes les persones que amb la seva aportació d'informació contribueixen al manteniment i operativitat de la Xarxa de Vigilància a les Illes Balears.

Directora general de Salut Pública i Participació

Margarita Buades Feliu



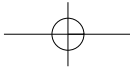
1. Introducció

La vigilància sistemàtica de les malalties transmissibles té una llarga tradició que comença d'una manera formal amb els primers decrets, publicats a finals del segle XIX, per controlar una sèrie de malalties infeccioses. L'objectiu de la vigilància és identificar, descriure i analitzar situacions epidèmiques i altres problemes de salut pública, i proporcionar informació útil per a la intervenció.

El sistema té establerts els principis bàsics en la Llei General de Sanitat 14/1986, de 25 d'abril, que reconeix la importància del estudis epidemiològics i fixa les competències de l'Estat en la matèria (coordinació de la vigilància i anàlisi epidemiològiques, adopció de criteris bàsics comuns en matèria d'informació sanitària, i establiment de sistemes d'informació d'interès general supracomunitari). El Reial Decret 2210/1995, de 28 de desembre va crear la Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica, amb els objectius d'integrar tots els subsistemes existents en un sol sistema i preparar-lo per a la creació d'una xarxa de vigilància epidemiològica europea. El Decret 15/1997, de 23 de gener, que crea i regula la Xarxa de Vigilància Epidemiològica en la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, constitueix la legislació autonòmica bàsica pel sistema de vigilància a la comunitat autònoma. Cal destacar que aquest text legal es va modificar durant l'any 2003 mitjançant el Decret 19/2003 de 28 de febrer. Amb aquest decret es va crear el Sistema d'Informació de Noves Infeccions per VIH, es va incloure el xarampió com a malaltia de notificació urgent, i es va ampliar la llista de malalties de declaració obligatòria amb la Malaltia de Creutzfeldt-Jakob i les seves variants.

A la Unió Europea, la base legal de la vigilància epidemiològica comunitària és la Decisió 2119/98/EC del Parlament Europeu i del Consell de 24 de setembre de 1998, per la qual es crea una xarxa de vigilància epidemiològica i de control de les malalties transmissibles a l'àmbit comunitari.

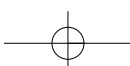
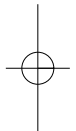
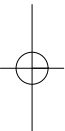
La vigilància de les malalties de declaració obligatòria (MDO) i dels brots epidèmics constitueixen el sistema bàsic de la xarxa de vigilància epidemiològica a la nostra comunitat.



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

La recollida de la informació està sistematitzada en els protocols editats per la "Red Nacional de Vigilància Epidemiològica", que varen elaborar els tècnics del Centre Nacional d'Epidemiologia amb la col·laboració i el consens de les unitats d'Epidemiologia de les comunitats autònomes, i que després la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears va adaptar a les necessitats pròpies.

El criteri de declaració de cas al sistema MDO és la sospita clínica de cas nou per assegurar la sensibilitat del sistema i evitar retards en la investigació i la intervenció. Les fonts d'informació són tots els metges que treballen a les Illes Balears i la periodicitat de notificació, excepte en la modalitat de declaració urgent, és setmanal. En les malalties de declaració exclusivament numèrica es recullen només el nombre setmanal de casos, mentre que en les de declaració individualitzada es recull informació addicional de cada cas.



2. Notes metodològiques

A aquest informe es presenten les dades d'incidència, la informació epidemiològica més important de cadascuna de les malalties de declaració obligatòria i dels brots epidèmics, tot referit a l'any 2006 així com els indicadors de la qualitat del sistema. A la taula 1 es mostra la llista de malalties de declaració obligatòria, i les modalitats de notificació.

Els casos de les malalties de declaració obligatòria es classifiquen com autòctons o importats, segons l'origen de la infecció: els autòctons són els que tenen un antecedent de risc per a la infecció a les Illes Balears, i compatibilitat entre aquest antecedent i el període d'incubació de la malaltia, o amb un vehicle de transmissió amb origen a la nostra comunitat autònoma. Els importats són els casos que no compleixen aquests criteris: període d'incubació incompatible amb l'estada a les Illes Balears o infecció vehiculada per un producte d'origen extern.

Només el darrer apartat de l'informe fa referència als casos importats, ja que la resta de dades es refereixen sempre a informació sobre casos autòctons. També s'inclou informació sobre casos importats als comentaris sobre algunes de les malalties sotmeses a plans o registres específics.

L'indicador epidemiològic més utilitzat és la incidència, en forma de nombre absolut de casos i en forma de taxes (casos nous del període dividits per la població del període). Per calcular les taxes s'utilitzen les projeccions de població elaborades per l'Institut Balear d'Estadística i es presenten en forma de casos per 100.000 habitants excepte en alguna malaltia a la qual, per consens, s'utilitzen els casos per milió.

Un altre indicador emprat és l'índex epidèmic acumulat (IEA), raó entre el nombre observat de casos d'una malaltia en un període i la mediana dels casos que es detectaren en períodes anteriors seleccionats com a referència. Aquest índex permet classificar la incidència en menor, similar o major a l'esperada si l'IEA és respectivament menor de 0,76, està entre 0,76 i 1,24, o és major d'1,24. En general el període de referència emprat en aquest informe és el quinquenni anterior a l'any analitzat. En algunes malalties es mostren sèries històriques amb períodes de temps més llargs.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Per a l'anàlisi comparativa de l'evolució temporal es presenten canals endemoepidèmics, que són representacions gràfiques de l'evolució de la incidència d'una malaltia comparada amb l'evolució en un període de temps de referència. Els canals endemoepidèmics es construeixen generalment amb dades del darrer quinquenni.

La unitat geogràfica bàsica a la nostra comunitat autònoma és l'illa, i per tant la distribució geogràfica de les malalties es presenta per illes, i a més es presenten també les dades de Palma. A algunes malalties la suma del nombre de casos de les illes no coincideix amb el total a la comunitat autònoma, ja que hi ha casos dels quals no s'ha pogut verificar amb seguretat la residència habitual. Igualment, les dades que es presenten per zona bàsica de residència no inclouen els casos dels quals es desconeix el lloc de residència.

Un dels objectius fonamentals de la vigilància epidemiològica és l'estudi dels brots epidèmics. El sistema de vigilància de brots té característiques pròpies, derivades de les peculiaritats d'aquesta forma de presentació de les malalties i de les necessitats específiques de la investigació i el control. Les fonts de notificació i els circuits són, en general, comuns amb el sistema de vigilància de les malalties de declaració obligatòria, tot i que tenen característiques pròpies. Les principals característiques de la vigilància dels brots, i que la distingeixen de la vigilància de les malalties de declaració obligatòria, són que no hi ha una llista tancada d'entitats a notificar, que s'han de declarar sempre amb caràcter d'urgència i que sempre es requereix informació individualitzada sobre els malalts. El brot s'ha de notificar sempre que hi hagi una sospita clínica de casos d'una determinada malaltia a persones que puguin tenir algun nexa epidemiològic (agrupació temporal o espacial, o presentació d'alguna característica o d'algun factor de risc en comú).

La situació epidèmica o brot es defineix com una de les següents situacions:

Un augment significatiu dels casos en relació als valors esperats (pot ser indicativa l'agregació de casos en un territori i en un temps comprès entre el mínim i el màxim del període d'incubació o de latència).

L'aparició d'una malaltia, problema o risc per a la salut a una zona que fins llavors n'havia estat lliure.

La presència de qualsevol procés d'intoxicació col·lectiva, imputable a causa accidental, manipulació o consum.

L'aparició de qualsevol incidència de caràcter catastròfic que afecti o pugui afectar la salut d'una comunitat.

Un brot epidèmic, doncs, inclou qualsevol malaltia i, per tant, nombrosos mecanismes i vies de transmissió. En aquest informe, les dades sobre brots es presenten classificats segons si el mecanisme de transmissió és alimentari (aliment o aigua) o no alimentari (inclou qualsevol altre tipus de mecanisme).

Respecte a la qualitat del sistema, el primer indicador que s'analitza és la cobertura, indicador definit com el percentatge de comunicats rebuts respecte als esperats i s'avalua

exclusivament a la xarxa d'atenció primària. D'aquesta xarxa s'espera un protocol setmanal per metge i municipi, independentment que hagin detectat o no casos a notificar. Les dades sobre aquest indicador es presenten per illa, zona bàsica, i especialitat (pediatres i metges de família), sense tenir en compte els protocols tramesos des de places de reforç. L'altre indicador analitzat és la subnotificació (percentatge de casos diagnosticats i no declarats sobre el total de casos detectats). Per calcular-la s'utilitza el nombre de casos de totes les malalties detectats per vies diferents a les establertes al circuit, especialment dins l'àmbit dels hospitals públics. La principal font alternativa al circuit habitual és el registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD), implantat a tots els hospitals públics de la xarxa assistencial. La col·laboració de les corresponents Unitats d'Admissió o Unitats de Documentació i Arxiu dels hospitals permet obtenir informació d'aquesta font. Una altra font fonamental és la dels laboratoris hospitalaris, tan de la xarxa pública com de la privada. Per determinades malalties com la tuberculosi, sida,... és important la col·laboració d'aquest tipus de font. Les altres fonts d'informació són molt diverses, i inclouen centres docents, els malalts o les seves famílies, persones que consulten per ser possibles contactes amb malalts, i d'altres.

També com a indicador de qualitat, es descriu en aquest informe el retard en la recepció dels protocols de notificació numèrica. Els protocols es consideren rebuts amb retard quan arriben al Servei d'Epidemiologia passats 10 dies des de la finalització de la setmana epidemiològica.

3. Definicions de cas

- **Diarrea infecciosa aguda:** "Procés diarrèic agut, presumptament infecció, i no compatible amb altres entitats específiques incloses a la llista de malalties de declaració obligatòria (disenteria i altres malalties que puguin cursar amb diarrea)".
- **Disenteria bacil·lar:** "Malaltia de gravetat variable, caracteritzada per diarrea, febre, nàusees, dolor abdominal i tenesme".

Criteri de laboratori: Aïllament de *Shigella* d'una mostra clínica.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (clínicament compatible, especialment si està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat) o confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Febre exantemàtica mediterrània:** "Malaltia d'inici sobtat, amb febre i artromiàlgies. Entre els dies 3 i 5 apareix una erupció màculopapulosa no pruriginosa que afecta principalment als palmells de les mans i plantes dels peus. Sovint es troba la lesió primària al lloc de la picadura de la paparra: és una úlcera petita, de 2 a 5 mm de diàmetre, amb un centre fosc i una aurèola vermella, que s'acompanya de limfadenopatia regional".

Criteri de laboratori: Aïllament de l'agent a cultiu cel·lular; detecció de rickètsies a teixits cutanis per immunofluorescència directa; detecció d'IgM per immunofluorescència indirecta; seroconversió per immunofluorescència indirecta o fixació del complement (o augment de 4 vegades el títol d'anticossos en dues mostres de sèrum, obtingudes en fase aguda i convalescent).

Classificació de casos: Sospitós/Probable (clínicament compatible, especialment si està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat) o confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Febre recurrent per paparres:** "Malaltia amb períodes febrils recurrents, de 2 a 9 dies de durada i lapses afebrils de 2 a 4 dies. Es pot acompanyar d'exantema petequíal".

Criteri de laboratori: Demostració de l'agent a preparacions de sang fresca o frotis o extensions o per inoculació intraperitoneal de sang en període febril a ratolins de laboratori.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (clínicament compatible) o confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Febre Tifoide-paratifoide:** "Quadre de febre elevada contínua, malestar general, anorèxia, cefalea, bradicàrdia relativa, tos no productiva, taques rosàcies al tronc, estrenyiment o diarrea".

Criteri de laboratori: Aïllament de l'agent a sang o femta.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (clínicament compatible, especialment si està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat) o confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Grip:** "Malaltia caracteritzada per inici sobtat amb febre alta ($\geq 38^\circ$), cefalea, malestar general, artromiàlgies, odinofàgia, coriza i tos".

Criteri de laboratori: Aïllament de virus gripal a secrecions nasofaríniques; detecció d'antigen; seroconversió.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (clínicament compatible, especialment en època epidèmica) o confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Hepatitis A:** "Quadre compatible amb la definició clínica (inici insidiós, febre, malestar general, anorèxia, nàusees, molèsties abdominals, icterícia i colúria) i que presenta elevació de les transaminases en sèrum sense evidència d'altres malalties hepàtiques".

Criteri de laboratori: detecció d'IgM front el virus de la hepatitis A a sèrum.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (cas clínicament compatible en una persona que presenta dades de laboratori relacionades amb hepatitis, com augment de transaminases 2,5 vegades superiors al límit superior normal, sense evidència de patir una altra malaltia hepàtica, o bé concorda amb la descripció clínica i és un contacte d'un cas confirmat per laboratori) o Confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Hepatitis B:** "Malaltia insidiosa amb mal de cap, anorèxia, nàusees, vòmits ocasionals, febre moderada i calfreds, a vegades associada a icterícia, urticària, erupció maculopapular i artràlgies, amb transaminases elevades, sense evidència d'altres malalties, i amb evidència serològica de marcadors d'infecció activa".

Criteri de laboratori: IgM anti-HBc positiu.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Classificació de casos: Sospitós/Probable (amb criteris clínics i nivells elevats de transaminases sense evidència de patir altres malalties hepàtiques i amb antecedents compatibles amb la transmissió d'aquesta malaltia) o Confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Hepatitis víriques (altres):** "Malaltia insidiosa amb mal de cap, anorèxia, nàusees, vòmits ocasionals, febre moderada i calfreds, a vegades associada a icterícia, urticària, erupció maculopapular i artràlgies, amb transaminases elevades i sense evidència de presència d'altres malalties. Es valoraran els marcadors per assignar el cas al tipus d'hepatitis corresponent".

Criteri de laboratori:

- Hepatitis C: Seroconversió documentada. La presència a sèrum d'Anti VHC o VHC-RNA per tècnica de RT-PCR o IgM anti-C22 o HC Ag (detectable a fetge) es considerarà quan les circumstàncies clíniques o epidemiològiques ho aconsellin.
- Hepatitis delta: HD Ag o títols elevats d'anti-VHD o IgM anti-VHD a pacients amb HBsAg positiu.
- Hepatitis E: Ac. anti-VHE positiu.

Classificació dels casos:

- Cas Sospitós/Probable (Hepatitis C i Delta: cas clínicament compatible a persona amb antecedents de drogoaddicció, hemofília o transfusions, i en el cas d'hepatitis delta amb AgHBs positiu; Hepatitis E: cas clínicament compatible a persona amb IgM antiVHA, IgM antiHBc i AntiVHC negatius).
 - Confirmat (compleix la definició clínica de cas i està confirmat per laboratori).
- **Infecció gonocòccica:** Les diverses formes clíniques dels trastorns inflamatoris localitzats i causats per *N. Gonorrhoeae* obliguen a considerar:
 - Uretritis: "Després de 2 a 5 dies (a vegades, fins 14 dies) del contacte sexual contagiànt, secreció uretral purulenta de color groc verd o color clar, amb disúria, coïtja i eritema al meat".
 - Cervicitis: "Després de 2 a 10 dies del contacte sexual contagiànt, leucorrea, disúria, sagnat uterí intermenstrual. Poden existir exsudat mucopurulent cervical, uretral, de les glàndules periuretrals o de les glàndules de Bartholino".
 - Proctitis: "Després de coït anal receptiu, secreció anal purulenta, dolor o coïtja rectal, tenesme i estrenyiment".
 - Faringitis: "Després de contacte orogenital, dolor faringi, inflamació amigdal·lar i adenopatia cervical".
 - Conjuntivitis neonatal: "Després de 2-5 dies del part, exsudat mucopurulent conjuntival d'aparició brusca".

Criteri de laboratori: Aïllament de *Neisseria gonorrhoeae* a una mostra clínica; detecció de fragments genòmics específics de l'agent causal a una mostra clínica; demostració de diplococs intracel·lulars gram-negatius en exsudat uretral a l'home.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (malaltia compatible amb les definicions clíniques de cas) o Confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Legionel·losi:** Malaltia del legionari: "Malaltia respiratòria aguda amb signes focals de pneumònia, anorèxia, malestar general, seguit de febre alta, calfreds, tos no productiva, mal de cap i miàlgia, a vegades (1/3 dels casos) amb dolor abdominal, diarrea, vòmits, confusió mental i deliri". Febre de Pontiac: "Quadre febril inespecífic i autolimitat, amb anorèxia, tos i malestar general. Es pot sospitar un cas quan es presenta en forma de brot o en el context de casos de malaltia del legionari".

Proves de laboratori:

De confirmació:

- a) Aïllament de qualsevol espècie o serogrup (SG) de *Legionella* a partir de secrecions respiratòries, teixit pulmonar o sang.
- b) Seroconversió: augment del títol d'anticossos quatre vegades o més, amb un títol mínim de 128 contra la *L. pneumophila* SG1, per immunofluorescència indirecta, a sèrums de la fase aguda i convalescent.
- c) Demostració d'antigen de *L. pneumophila* SG1 a orina, per ELISA o RIA.

De presumpció:

- a) Títol únic alt (>256) d'anticossos contra *L. pneumophila* SG1 en una mostra en la fase convalescent.
- b) Seroconversió (augment del títol d'anticossos quatre vegades o més), amb un títol mínim de 128 per qualsevol espècie o serogrup de *Legionella* diferent de *L. pneumophila* SG1, per immunofluorescència indirecta, a sèrums de la fase aguda i convalescent.
- c) Immunofluorescència directa a secrecions respiratòries o teixit pulmonar contra qualsevol espècie o serogrup de *Legionella*, inclòs el SG1.

Classificació dels casos: Sospitós/Probable (malaltia compatible amb la definició clínica de cas i resultat positiu a proves de laboratori de presumpció) o Confirmat (malaltia clínicament compatible i resultat positiu a proves de laboratori de confirmació).

- **Leishmaniosi:** Forma cutània: "Lesió cutània granulomatosa que s'inicia amb una pàpula que s'ulcera, única o excepcionalment múltiple, acompanyada amb freqüència d'adenopaties". Forma visceral: "Malaltia d'inici insidiós, amb febre, malestar general, anorèxia, pèrdua de pes, i posteriorment esplenomegàlia (generalment blana i indolora), hepatomegàlia moderada, adenopaties inguinals i cervicals, anèmia i trombocitopènia".

Criteri de laboratori: Demostració de la presència del paràsit a aspirats obtinguts de la lesió (leishmaniosi cutània i cutàneomucosa), medul·la, fetge, melsa o ganglis limfàtics (leishmaniosi visceral); aïllament (cultiu); serologia: Les proves que s'utilitzen amb més freqüència són IFI i ELISA, però únicament com diagnòstic de presumpció.

Classificació de casos: Sospitós (compatible amb la definició clínica de cas); Probable

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

(compatible amb la definició clínica de cas i amb serologia positiva a Leishmània).
Confirmat (compatible amb la definició clínica de cas i visualització del paràsit).

- **Lepra:** Demostració de, al menys, dos dels tres criteris clínics següents:
 1. Lesions cutànies característiques
 2. Pèrdua de sensibilitat
 3. Engruiximent dels nervis en llocs de predilecció

Criteri diagnòstic de laboratori: Presència de bacils àcid-alcohol resistents a frotis cutanis i, si és possible, a biòpsia.

Classificació dels casos: Sospitós/Compatible (malaltia clínicament compatible) o Confirmat (malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

La classificació operativa lligada al Pla de Control de la malaltia de l'Organització Mundial de la Salut, classifica els malalts en:

Actius: precisen quimioteràpia

Sotmesos a vigilància: precisen seguiment clínic durant un temps que depèn de les característiques clíniques i microbiològiques, abans de considerar-se curats, però no precisen quimioteràpia.

- **Malaltia de Creutzfeldt-Jakob:** A causa de la seva extensió, la definició de cas no s'inclou en aquest document però es pot demanar al servei d'Epidemiologia o consultar al protocol de notificació.
- **Malaltia meningocòccica:** Meningitis o sèpsia compatible amb la definició clínica. Meningitis: "Inici sobtat amb febre alta, cefalea intensa, nàusees i vòmits, rigidesa de nuca i sovint petèquies". Sèpsia: "Febre d'inici sobtat, associada a rash petequíal i leucocitosi, inexplicada per una altra causa".

Criteri de laboratori: Aïllament de *Neisseria meningitidis* a lloc normalment estèril; presència d'ADN de meningococ a lloc normalment estèril o aspirat de petèquies; presència d'antigen de meningococ a sang, LCR u orina.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (compatible amb la definició clínica de cas i presència de prova analítica de presumpció: diplococs gram-negatius intracel·lulars a LCR o altres proves bioquímiques); Confirmat (compatible amb la definició clínica de cas i al menys una de les proves de l'apartat que inclou els criteris de diagnòstic de laboratori).

- **Malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*:** "Meningitis d'inici sobtat, o algunes vegades subagut, amb febre, vòmits, letargia, signes d'irritació meníngia i amb freqüència bacterièmia".

Criteria de laboratori: Aïllament d'*H. influenzae* d'un lloc normalment estèril (ex.: sang, LCR o, amb menys freqüència, líquid articular, pleural o pericàrdic).

Classificació de casos: Sospitós/Probable (compatible amb la definició clínica de cas i detecció d'antigen d'*H. influenzae* tipus b a LCR. A mostres de sèrum o orina la detecció d'antigen no és fiable); Confirmat (compatible amb la definició clínica i confirmat per laboratori).

- **Parotiditis:** "Quadre agut amb aparició d'inflor uni o bilateral, sensible al tacte i autolimitat, que afecta a paròtida o a glàndules salivals, i sense altres causes aparents".

Criteria de laboratori: Aïllament del virus de la parotiditis d'una mostra clínica, o augment significatiu en el nivell d'anticossos de parotiditis, o test positiu serològic d'anticossos IgM de parotiditis.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (compatible amb la definició clínica de cas i sense confirmació virològica o serològica, i no està epidemiològicament relacionat amb un cas probable o confirmat); Confirmat (confirmat per laboratori o que concorda amb la definició clínica de cas i està epidemiològicament relacionat amb un cas probable o confirmat). Un cas confirmat per laboratori no és necessari que concordi amb la definició clínica de cas. Dos casos probables que estan epidemiològicament relacionats s'han de considerar confirmats, encara que no hi hagi confirmació de laboratori.

- **Poliomielitis:** "Inici agut (no recurrent) de paràlisi flàccida (hipotònica) a una o més extremitats amb absència o disminució de reflexos miotàtics als membres afectats, sense altra causa aparent, i sense pèrdua sensorial o cognitiva".

Criteria diagnòstic de laboratori: Aïllament i identificació de poliovirus a femta.

Classificació dels casos: La classificació dels casos està lligada al Pla d'eradicació i a la vigilància de la paràlisi flàccida aguda a menors de 15 anys, i és la següent: Sospitós (malaltia clínicament compatible a un menor de 15 anys a qui no s'hagi pogut identificar una altra causa).

Compatible (Malaltia clínicament compatible a un menor de 15 anys, amb paràlisi residual després de 60 dies de l'inici, o bé pèrdua de seguiment o mort, al qual no es pogueren recollir dues mostres de femta en les dues primeres setmanes d'iniciar-se els símptomes per què les examinin a un laboratori especialitzat en virologia).

Confirmat (Cas clínicament compatible al qual s'aïlla poliovirus a alguna de les mostres de femta del malalt o d'un dels seus contactes).

En haver-se confirmat, i segons normes de l'OMS, es classifica el cas en: "Autòcton de poliovirus salvatge", "Importat de poliovirus salvatge" o "Associat a la vacunació" (per classificar-lo com a cas associat a la vacuna, hi ha d'haver aïllament del virus atenuat, sense un altre agent causal de la malaltia).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

- **Rubèola:** "Inici agut d'exantema generalitzat maculopapular, amb febre $\geq 37,3^{\circ}$ C i artràlgia/artritis o limfadenopatia o conjuntivitis. S'exclouen els casos compatibles amb xarampió."

Criteri de laboratori: Aïllament del virus de la rubèola, o, augment significatiu en el nivell d'anticossos front a rubèola, o, test positiu serològic d'anticossos IgM de rubèola.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (coincident amb la definició clínica de cas i sense confirmació virològica o serològica, i no està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat); Confirmat (confirmat per laboratori o que concorda amb la definició clínica de cas i està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat per laboratori).

- **Sida-Infecció per VIH**

Sida: A causa de la seva extensió, la definició de cas de sida no s'inclou en aquest document però es pot demanar al servei d'Epidemiologia o consultar al protocol de notificació.

Infecció per VIH: Nous diagnòstics d'infecció per VIH a persones sense un resultat positiu anterior.

La definició de cas d'Infecció per VIH és:

Adults i adolescents (≥ 13 anys). Test de screening positiu amb test de confirmació positiu per al VIH-1 o VIH-2.

Infecció per VIH a infants:

>18 mesos: igual que a adults

≤ 18 mesos: confirmació per cultiu viral, PCR o Ag P24.

Per a la inclusió en el sistema s'acceptarà un informe mèdic d'infecció per VIH encara que no es compti amb informe de laboratori, però no s'acceptaran resultats autoreferits pel pacient.

- **Sífilis:** "Malaltia clínicament compatible, amb proves serològiques inespecífiques (VDRL o RPR) positives, o treponèmiques (FTA-Abs o MHA-TP) positives per la forma terciària. Per la forma latent, són necessàries proves serològiques treponèmiques positives.

Criteri de laboratori:

Sífilis primària i secundària: Demostració de l'agent causal per microscòpia o per immunofluorescència directa de les secrecions de les lesions primàries o secundàries, o, proves serològiques inespecífiques (VDRL o RPR) i treponèmiques positives (FTA-Abs o MHA-TP).

Sífilis tardana: Demostració de l'agent causal per microscòpia o per immunofluorescència directa de les lesions o prova serològica inespecífica (VDRL) o específica positiva a LCR (neurosífilis).

Classificació de casos:

Cas Sospitós/Probable (Sífilis primària i secundària: Malaltia clínicament compatible amb proves serològiques inespecífiques positives. Sífilis tardana: Malaltia clínicament compatible amb proves serològiques o treponèmiques inespecífiques positives. S'ha de sospitar neurosífilis davant alguna d'aquestes circumstàncies: a) Procés d'un any o més d'evolució amb alteració del LCR (augment de leucòcits i proteïnes), però amb VDRL negatiu. b) Síntomes o signes clínics de neurosífilis, que no es poden explicar per altres etiologies. Sífilis latent: Pacient asimptomàtic, amb serologia treponèmica positiva, que no presenta sífilis primària, ni secundària, ni tardana.

Confirmat (Malaltia clínicament compatible i confirmada per laboratori).

- **Tètan:** "Hipertonia o contracció muscular dolorosa d'inici agut i espasme muscular generalitzat sense altra causa mèdica aparent".
- **Tos ferina:** "Malaltia catarral amb tos de més de 2 setmanes de durada, amb un dels símptomes següents: paroxismes de tos, estridor inspiratori i convulsiu, vòmit postussigen i absència d'altres causes aparents". En brots epidèmics la definició és més ampla: "malaltia catarral amb tos de més de 2 setmanes de durada dins el context de l'epidèmia".

Criteri de laboratori: Aïllament de *B. pertussis* d'una mostra clínica. Per la baixa sensibilitat i l'especificitat variable de les proves de immunofluorescència directa de secrecions nasofaríngies, no s'utilitzaran com criteri de confirmació per laboratori, però sí com diagnòstic presumptiu ràpid.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (coincideix amb la definició clínica de cas i sense confirmació per laboratori, i no està epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat); Confirmat (clínicament compatible i confirmat per laboratori o epidemiològicament relacionat amb un cas confirmat per laboratori).

- **Tuberculosi:** "Presència de signes o símptomes de malaltia tuberculosa de qualsevol localització quan no hi ha evidència d'una altra malaltia que els expliqui després d'una avaluació diagnòstica completa, i s'hagi prescrit tractament amb dos o més tuberculostàtics. Quan hi ha més d'una localització i una d'elles és pulmonar, es considera un cas de tuberculosi respiratòria".

Criteri de laboratori: Aïllament d'un germen del complex *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis* o *M. africanum*) a una mostra clínica apropiada o demostració de bacils àcid-alcohol resistents per microscòpia a una mostra clínica apropiada quan no s'ha fet o no s'ha pogut fer cultiu.

Classificació de casos:

Cas confirmat bacteriològicament (Presenta criteris diagnòstics de laboratori).

Cas no confirmat bacteriològicament (Sense criteris diagnòstics de laboratori, compleix els criteris de definició clínica de cas).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

- **Varicel·la:** “Malaltia d’inici sobtat, amb febre moderada, símptomes generals mínims i erupció en forma de màcules i pàpules superficials, que en 3-4 dies es transformen en vesícules i posteriorment en crostes. Els tres tipus de lesió coexisteixen”.

Criteri de laboratori: Aïllament de virus de la varicel·la a una mostra clínica (líquid vesicular) o identificació del virus per microscòpia electrònica o demostració d’aparició i increment de marcadors específics de la infecció a sèrum del malalt.

Classificació de casos: Sospitós/Probable (malaltia clínicament compatible) o Confirmat (cas confirmat per laboratori o que reuneix criteris clínics de definició de cas i està lligat a un cas confirmat o probable). Dos casos probables epidemiològicament relacionats poden ser considerats confirmats en absència de confirmació de laboratori.

- **Xarampió:** “Rash generalitzat de tres o més dies de durada, febre alta, tos, coriza o conjuntivitis.”

Criteri de laboratori: Aïllament del virus o augment significatiu en els nivells d’anticossos o test positiu serològic d’anticossos IgM de xarampió.

Classificació de casos:

Sospitós/Probable (compleix els criteris de definició clínica de cas, sense confirmació virològica o serològica, i no està epidemiològicament relacionat amb un cas sospitós/probable o confirmat).

Cas confirmat (confirmat per laboratori o que concorda amb la definició clínica de cas i està epidemiològicament relacionat amb un cas sospitós /probable o confirmat. Un cas confirmat per laboratori no és necessari que concordi amb la definició clínica de cas. Dos casos sospitosos/probables que estan epidemiològicament relacionats es consideraran confirmats, encara que no hi hagi confirmació de laboratori).

4. Mesures de qualitat del sistema

4.1.- Notificacions per totes les fonts

Durant l'any 2006 no hi ha hagut cap incorporació important quant a fonts d'informació i, per tant, el nombre de fonts ha augmentat poc respecte de l'any 2005 (705 i 689 respectivament). S'han processat un total de 20.732 protocols de notificació numèrica, és a dir, un nombre considerablement superior al de l'any 2005 (20.015).

Atenció primària ha tramès 20.165 protocols numèrics, 823 més que a l'any 2005. També respecte de l'any 2005 cal destacar la disminució del nombre de protocols numèric de fonts hospitalàries (289 vs 228), de residències d'ancians (28 vs 3) i de la xarxa privada no hospitalària (333 vs 299) (taules 2 i 3).

4.2.- Atenció primària. Nivell de cobertura per zones bàsiques, illes i especialitats

A l'any 2006 el nivell de cobertura global des d'atenció primària ha estat d'un 63,4 %, similar a l'any 2004 i 1,5 punts per damunt del 2005. En el període 1997-2006 l'any amb cobertura més alta ha estat el 1998 amb quasi un 72% mentre que l'any amb la més baixa ha estat el 2002 amb 60,9. En els 5 darrers anys la cobertura està estabilitzada entre el 61 i el 64%.

Des de l'any 1999, els pediatres presenten cobertures lleugerament inferiors a la dels metges de família (figura 1). A l'any 2006 els metges de família han presentat una cobertura del 65,1%, quasi dos punts més que a l'any 2005 (63,3%) i 8 punts més que els pediatres. Els pediatres presenten al 2006 una cobertura del 57,1% que és similar a la del 2005 (56,8%) i en realitat similar a la de tots els anys des del 2001 (taula 4).

A la taula 5 es compara –per illes– la resposta d'atenció primària per l'any 2006 amb l'any 2005 i amb el període 2001-2005. A la figura 2 es mostra l'evolució de les dades de cobertura per illes en els anys 1997-2006.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Cal destacar l'increment sostingut de la cobertura a Eivissa. Les Pitiüses continuen –com en els darrers anys- amb la millor cobertura, de manera que a l'any 2006 ha arribat al 81% (0,5 punts més que al 2005) i és una xifra a la qual no s'havia arribat ni a cap any ni a cap illa. Des de l'any 2000, els pediatres d'atenció primària de les Pitiüses presentaven una progressió ascendent de la cobertura però a l'any 2006 la presenten inferior en 3 punts respecte a l'any 2005. A l'any 2006, els metges de família han augmentat 1,2 punts respecte al 2005.

Globalment Menorca té una cobertura del 63%, pràcticament la mateixa que a l'any 2005 i continua en el segon lloc (2 punts més que la dels metges dels centres de salut de Mallorca) però per davall de la de les Pitiüses. Els metges de família de Menorca tenen una cobertura del 65,7%, és a dir més de 10 punts per damunt de la dels pediatres (54,4).

A Mallorca la cobertura del 61% a l'any 2006 (quasi 2 punts per damunt del 2005) implica que és la més baixa de les tres illes, circumstància que es repeteix en els darrers anys. Com a les altres illes els pediatres tenen pitjor resposta que els metges de família (55,5 vs 62,5). Els metges de família han augmentat la cobertura en 2 punts mentre que la dels pediatres és pràcticament igual a la del 2005.

A la taula 6 es presenten les cobertures de l'any 2006 per centres de salut, ordenats de major a menor cobertura i amb les dades comparatives respecte a l'any 2005. El CS Alcúdia és el centre de salut que presenta el millor nivell de cobertura (94,7%) mentre que Inca –igual que a l'any 2005- és el pitjor (21,1 %). Es Viver –també com a l'any 2005- i encara que ha disminuït la seva cobertura (88,7% al 2006 i 92% al 2005) és el centre que millor notifica a Eivissa mentre que el CS Can Misses encara que presenta un excel·lent nivell de notificació, és el que el té més baix (74,2). Ferreries, amb un 83% i un augment de 7 punts respecte al 2005, és el centre que millor notifica a Menorca mentre que Es Banyer – com a l'any 2005- és el que presenta pitjor cobertura.

A més del CS Alcúdia, només dos centres tenen cobertures que superen el 90% i són el de Son Pisà i Son Ferriol. Dels 12 centres amb resposta entre el 80 i 90 % destaquen els augments –respecte de l'any 2005- dels CS de Pere Garau, Santanyí i Ferreries. 6 centres presenten una resposta per damunt del 70% i en aquest grup, comparant amb l'any 2005, destaquem la disminució del Coll den Rebassa i l'augment del CS Felanitx. 8 centres presenten xifres del 60 al 69% i aquí es pot destacar l'augment respecte al 2005 del CS Tramuntana i la disminució de Sta. Catalina. 10 centres tenen una resposta entre el 50 i 59%. D'aquests darrers centres podem destacar els augments d'Andratx i d'Arquitecte Bennàssar.

De la resta de centres –amb cobertura per davall del 50%- podem destacar la important disminució de Binissalem.

4.3.- Declaracions hospitalàries. Protocols de notificació i casos declarats

Durant l'any 2006 s'han introduït 228 protocols de notificació numèrica corresponents a declaracions hospitalàries que contenen la declaració de 239 casos de malaltia.

A les taules 7 (a,b) es presenten els casos que de les diferents malalties s'han notificat des dels diferents hospitals. L'hospital Son Dureta aporta el major percentatge de casos (31,4%) seguit de l'hospital Son Llätzer (27,2%). L'hospital Can Misses aporta un 19% dels casos.

La tuberculosi és la malaltia més notificada des dels hospitals (106 casos de la forma respiratòria i 43 d'altres formes de tuberculosi).

Les clíniques privades aporten 18 casos (7,5% del total) i destaca la Policlínica Miramar amb 10 casos, la majoria dels quals són de leishmaniosi.

4.4.- Casos de malalties individualitzades. Subnotificació

Com ja s'ha comentat, per la detecció de casos no notificats de forma passiva és fonamental la col·laboració que trobam a les Unitats d'Admissió o Unitats de Documentació i Arxiu dels hospitals i igualment la dels laboratoris hospitalaris de Microbiologia. Sense l'ajuda d'aquestes unitats el sistema no podria detectar una part dels casos.

A la taula 8 es mostra l'evolució de la subnotificació en els darrers anys i només pel que fa als hospitals on es realitza recerca activa de manera sistemàtica. A l'any 2006 i d'aquests hospitals s'han registrat un total de 220 casos de malalties individualitzades. D'aquests casos, 44 s'han detectat per recerca activa. Per tant, la subnotificació global s'ha situat en un 20%, més baixa que la de l'any 2005 (22,2) però més alta que la del 2004 (17,1). Cal destacar la millora de l'hospital Can Misses que a l'any 2005 va presentar un 21% de casos subnotificats i en canvi a l'any 2006 només és un 8,7%. La resta d'hospitals presenten un percentatge de subnotificació similar a l'any 2005. L'hospital de Manacor, com en els darrers anys, presenta la subnotificació més alta. Son Dureta i Son Llätzer tenen una subnotificació que envolta el 20%. Verge de Montetoro només presenta la subnotificació d'1 cas sobre un total de 13 registrats.

Globalment i com cada any, la majoria dels casos detectats per recerca activa són de tuberculosi (27 casos): Son Llätzer (10 casos), Son Dureta (9 casos), hospital de Manacor (6 casos) i Can Misses (2 casos). També s'han detectats 10 casos de leishmaniosi subnotificats (4 de Son Dureta, 4 de l'hospital de Manacor i els altres de Son Llätzer i Can Misses), 4 casos de legionel·losi (2 de l'hospital de Manacor i els altres de Can Misses i Montetoro) i 1 de meningitis meningocòccica (Son Dureta). Finalment Son Llätzer ha subnotificat un cas de febre tifoide i un de parotiditis.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Com s'ha apuntat a l'apartat de "Notes Metodològiques", el criteri de notificació al sistema és el de la sospita clínica. És per això que, al menys teòricament i respecte de malalties de notificació de tipus individualitzat, el sistema s'ha de nodrir de notificacions de casos no només des de l'àmbit hospitalari sinó també des d'atenció primària. Durant l'any 2006 i des d'aquest àmbit (taula 9 a,b) s'han notificat un total de 128 casos de malalties de declaració individualitzada. Les malalties més notificades són hepatitis i parotiditis.

Dels 49 centres de salut un total de 34 (70%) han notificat qualche cas de malaltia de tipus individualitzat. Els centres que més han notificat han estat Es Viver i Sant Antoni d'Eivissa amb 13 casos cada centre.

4.5.- Altres fonts d'informació

A la taula 10 (a,b) es presenten les notificacions d'altres tipus de fonts de informació, particularment importants per a la vigilància de determinades malalties. S'inclouen fonts de l'àmbit militar, el centre penitenciari de Palma, residències d'ancians, metges d'assistència privada, etc. Aquestes fonts han notificat un total de 68 casos, gran part, de processos diarreics. Cal destacar que entre aquests tipus de font figura el Centre Nacional d'Epidemiologia, que ha notificat al sistema un total de 14 casos de legionel·losi, la majoria corresponents a diagnòstics fets a turistes una vegada arribats al seu país d'origen.

4.6.- Retard de les notificacions

Durant l'any 2006, el sistema de vigilància ha rebut amb retard un 5,4 % dels 20.732 protocols i és exactament el mateix percentatge de retard de l'any 2005. A la taula 11 es desglossa per a cada tipus de font d'informació. Es pot dir que totes les fonts mantenen estabilitzat el percentatge de retard.

Per illes, Menorca, com en els darrers anys, presenta el percentatge més alt, amb un 7,2% de retard mentre que Mallorca el té del 5,3. Les fonts d'informació de les Pitiüses han augmentat lleugerament el retard respecte al 2005 (taula 12).

Dels 20.165 protocols processats i procedents de la xarxa d'atenció primària s'han rebut amb retard un 4,8% (a l'any 2005 va ser 4,6) i amb diferències importants entre els diferents centres de salut (taula 13). El màxim de retard el presenta Ferreries. Son Pisà, Capdepera i Son Ferriol no han tramès cap protocol amb retard.

5. Anàlisi epidemiològica de les malalties de declaració obligatòria

5.1.- Incidència global

La taula 14 mostra la incidència de les malalties de declaració obligatòria per a l'any 2006, en nombre absolut de casos, distribuïda per illes i l'IEA. Es presenta també la incidència a Palma. La taula 15 presenta les taxes per 10⁵ habitants per illes i global.

Cal ressaltar que durant l'any 2006 no s'ha detectat cap cas de malaltia per *H. influenzae* ni de tètan. En canvi s'ha detectat 1 cas de disenteria bacil·lar, 1 de febre tifoide i 3 de sífilis congènita.

Els casos detectats de la majoria de les malalties de declaració obligatòria de moderada o alta incidència durant el 2006 es mantenen dins els límits o per sota dels esperats excepte per a les següents malalties: sífilis (84 casos, 32 més que a l'any 2005 i IEA de 2,10), altres hepatitis víriques (33 casos, 9 més que al 2005 i IEA de 1,50) i leishmaniosi (35 casos, 1 més que a l'any 2005 i IEA de 3,50). Aquesta darrera malaltia – encara que presenta un índex epidèmic alt- estabilitza la incidència respecte als anys 2004 i 2005, anys durant els quals determinades unitats hospitalàries de Dermatologia i Medicina Interna s'han incorporat com a font d'informació de casos.

No s'ha verificat cap brot quantitativament important per cap de les malalties de declaració obligatòria. Es pot destacar l'estabilització de la legionel·losi, els 52 casos de parotiditis després que a l'any 2005 se'n comptabilitzessin més de 500 degut a una epidèmia a Eivissa, la baixa incidència de grip i de meningitis meningocòccica, i que per segon any consecutiu disminueixen moderadament els casos de tuberculosi respiratòria.

Pel que fa a les illes es pot destacar que Menorca no presenta casos de tuberculosi no respiratòria, que els casos de disenteria bacil·lar, febre tifoide, xarampió, i febre recurrent per paparres (1 cas per cada malaltia) corresponen tots a Mallorca, i que Eivissa presenta les taxes més altes de tuberculosi.

A la taula 16 (a, b i c) es presenta la incidència de les malalties de declaració obligatòria per zona bàsica, en nombre absolut de casos.

5.2.- Malalties de declaració exclusivament numèrica

Diarrea infecciosa aguda (DIA)

El nombre de casos declarats de DIA a l'any 2006 ha estat de 34.908. L'IEA de les Illes Balears, comparat amb els anys 2001-2005, és de 0,85, cosa que indica una incidència dins els límits de l'esperat, i prop del límit inferior. El rang del quinquenni anterior està entre un mínim de 32.865 casos a l'any 2005 i un màxim de 45.354 a l'any 2003. La taxa anual ha estat de 3.487 casos per 10⁵ habitants.

En fer la comparació temporal - per períodes quadrisetmanals- amb el canal endemoepidèmic (figura 3) s'observa una incidència per sota de l'esperada durant pràcticament tot l'any, excepte en els primers períodes, en què la incidència ha estat dins els límits de l'esperat.

La comparació espacial mostra una incidència superior a la mitjana a Menorca (4.157 casos per 10⁵ habitants) i a Palma (4.093). A taula 17 es mostren les taxes per illa i Palma i la distribució quadrisetmanal de casos.

La figura 4 presenta la sèrie històrica des de l'any 1997 en forma de taxa anual per 10⁵ habitants. S'hi veu una disminució important de la taxa, amb un pic màxim al 1997, amb una taxa de 6.023, i un mínim de 3.343 al 2005.

Febre exantemàtica mediterrània (FEM)

La incidència de 2006 ha estat de 29 casos, 2,9 per 10⁵ habitants. L'IEA està dins l'esperat, 1,20. La distribució geogràfica és irregular: s'han declarat 27 casos a Mallorca i dos a Menorca. Les taxes han estat de 3,4 a Mallorca i 2,3 a Menorca. A Palma hi ha hagut 14 casos, amb una taxa de 3,7.

A la figura 5 i a la taula 18 s'hi mostra la incidència des del 1997. En els tres primers anys la taxa era major de 10 casos per 10⁵ habitants, mentre que a la resta del període ha oscil·lat entre 1,8 i 3,9.

Febre recurrent per paparres (FRP)

A l'any 2006 s'ha detectat un sol cas, al qual correspon una taxa de 0,1 casos per 10⁵ habitants. El malalt era de Palma.

A la taula 19 i la figura 6 es presenten les incidències anuals des de l'any 1997. Als primers anys del període es varen notificar molts casos, probablement a causa d'una sobrenotificació per una mala aplicació de la definició de cas, tendència que s'ha anat corregint i que des de l'any 2004 ja es redueix a xifres més d'acord amb la situació general de la malaltia al nostre entorn geogràfic. L'IEA és de 0,07, és a dir, molt més baix que l'esperat i coherent amb la sobrenotificació dels anys anteriors.

Grip

A l'any 2006 s'han declarat 4.655 casos de grip, que expressats en taxes són 465 casos per 10⁵ habitants.

A la comparació temporal es veu una incidència molt més baixa que l'esperada, amb un IEA de 0,24. La figura 7 representa la incidència quadrisetmanal a l'any 2006 i el canal endemoepidèmic, al qual es veu com la incidència al 2006 ha estat pràcticament sempre per davall el mínim del quinquenni anterior.

Els primers mesos de l'any corresponen a la temporada gripal (setmana 40 d'un any a la 20 del següent) anterior, la 2005-2006, temporada d'activitat baixa, amb el màxim a les setmanes 2 i 3 de 2006, i amb nivells d'activitat molt baixos a la setmana 5. Els darrers mesos ja corresponen a la temporada 2006-2007, també d'activitat molt baixa. La incidència del grip dins l'any natural, el 2006, ha estat molt baixa, i només amb un petit reflex del fort comportament estacional que és habitual en aquesta malaltia.

A la taula 20 presentam la distribució geogràfica (per illes i Palma) dels casos quadrisetmanals. La distribució territorial és desigual entre les illes. Mallorca i Menorca han presentat taxes semblants, de 384 i 450 respectivament i un IEA de 0,21 i 0,26. A Eivissa i Formentera l'IEA ha estat de 0,39 i la taxa de 995. A Palma la incidència ha estat de 1.518 casos, una taxa de 405 casos per 10⁵ habitants i un IEA de 0,24.

La figura 8 presenta la sèrie històrica des de l'any 1997, en forma de taxa quadrisetmanal per 10⁵ habitants. S'hi reflecteix l'estacionalitat i les diferències entre temporades. El pic màxim va ser a la quadrisetmana 2 de l'any 1998 (taxa setmanal de 39.585 casos per 10⁵), i l'any de màxima incidència el 1999 (taxa anual de 6.996 casos per 10⁵), mentre que el 2005 ha estat el d'incidència més baixa (465 casos per 10⁵).

La temporada gripal 2005-2006, en comparar amb el període que inclou des de la temporada 2000-2001 fins a la 2004-2005 i, tal com es veu a la figura 8, ha estat una temporada d'incidència baixa, tal com ha passat des de la temporada 2000-2001. El nombre total de casos ha estat de 4.708, el més baix del període.

A la figura 9 es mostra el canal endemoepidèmic construït amb les cinc temporades anteriors a l'estudiada, 2000-2001 a 2004-2005; s'hi veu com el nombre de casos setmanals pràcticament mai supera el mínim del període, excepte durant algunes setmanes ja cap al final de la temporada. Pel que fa a la difusió de l'epidèmia, la 2005-2006 s'ha caracteritzat per no presentar el pic típic de l'epidèmia, ni que fos molt discret. L'IEA ha estat de 0,26.

Infecció gonocòccica

La incidència d'infecció gonocòccica a les Illes Balears durant el 2006 ha estat de 45 casos, és a dir, 4,5 casos per 10⁵ habitants. A Mallorca hi ha hagut 38 notificacions (22 de les quals a Palma), 4 a Menorca i 3 a les Pitiüses. La incidència ha estat semblant a Mallorca (4,8 casos

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

per 10⁵) i a Menorca (4,5). La taxa a Eivissa ha estat de 2,5 casos per 10⁵, i a Palma de 5,9. A la sèrie històrica 1997-2006 (figura 10) es veu que la tendència descendent del principi del període sembla estabilitzada als darrers anys. L'índex epidèmic respecte als 5 anys precedents és d'1,10.

Sífilis

El nombre de casos de sífilis notificats al 2006 ha estat de 84, als quals correspon una taxa de 8,4 per 10⁵ habitants. Quant a la distribució geogràfica, 70 malalts són de Mallorca, amb una taxa de 8,9 casos per 10⁵, 10 a Eivissa-Formentera (taxa de 8,2) i 4 Menorca (4,5). El 67% dels malalts detectats a Mallorca, 47, són de Palma, cosa que suposa una taxa de 12,5 casos per 10⁵ habitants. L'índex epidèmic ha estat de 2,10, el doble que l'esperat.

A la taula 21 es mostra la sèrie històrica des de l'any 1997. La incidència de la malaltia al principi dels anys 80 voltava els 10 casos per 10⁵, va descendir a taxes de 3-4 casos per 10⁵ en els 90 i va en augment des del 2001 (figura 11).

Tot i que la sífilis no és una malaltia de declaració individualitzada, davant l'augment de casos dels darrers anys se n'ha intentat recollir una informació bàsica, i només de 3 casos no se n'ha obtingut cap. El 68% eren homes, el 28% dones i de la resta no consta el sexe. El grup d'edat amb més casos és el de 25 a 34 anys (33%) seguit del de 35 a 44 anys (21%), i no hi ha cap cas de menys de 18 anys. Pel que fa a la procedència, les majoritàries són Espanya (54%) i Amèrica Llatina (23%). Els factors de risc dels malalts es desconeixien en el 44% dels casos, i dels coneguts el principal era la promiscuïtat.

Varicel·la

Els casos notificats durant l'any 2006 han estat 4.599, i representen una taxa de 459 casos per 10⁵ habitants. L'IEA, de 0,98, indica que la incidència ha estat dins l'esperada.

La varicel·la és una malaltia típicament infantil i, per tant, és interessant conèixer-ne la distribució etària, però és una malaltia de notificació exclusivament numèrica i només se'n pot fer una aproximació segons que el declarant sigui pediatra o no. Si s'assumeix que tots els casos declarats per pediatres són menors de 15 anys i que els que comuniquen els metges de família tenen 15 o més anys, els malalts en edat pediàtrica serien 3.512, el 76% del total. La taxa d'incidència a aquest grup seria de 2.340 per 10⁵ i a la resta de la població de 126 per 10⁵.

La figura 12 mostra la incidència de 2006 per períodes quadrisetmanals i el canal endemoepidèmic. Es veu com durant tot l'any les taxes són molt pròximes a la mediana del període anterior.

La distribució estacional mostra la major incidència als períodes quadrisetmanals cinquè i sisè (de finals d'abril a principis de juny) amb el 35% del total dels casos (taula 22). A la sèrie històrica des de 1997 s'hi veu aquest comportament estacional i les onades plurianuals, amb alternança de períodes de baixa incidència amb altres d'incidència alta (figura 13).

La distribució geogràfica mostra una incidència desigual (taula 22). A Eivissa i Formentera ha estat poc menys que la meitat que a les altres illes (322 casos, taxa de 264 per 10⁵ habitants) i l'IEA de 0,38. A Mallorca la incidència ha estat de 3.867 casos i taxa de 489 i a Menorca de 405 casos i taxa de 458, amb IEA respectius de 0,94 i 1,11. A Palma se n'han declarat 2.131 casos, que corresponen a una taxa de 568 per 10⁵ habitants, i l'IEA ha estat de 0,99.

5.3.- Malalties de declaració numèrica i individualitzada

Disenteria bacil·lar

Durant l'any 2006 s'ha notificat un cas de disenteria per *Shigella*. Es tractava d'una dona de 29 anys, de Palma. L'únic factor de risc era el consum de verdura crua. El va declarar l'Hospital Son Dureta.

Aquest és el cinquè cas detectat des de l'any 1997 període en el qual la incidència ha estat d'un o cap cas anual (figura 14).

Febre tifoide i paratifoide

Durant l'any 2006 s'ha detectat un cas de febre tifoide. L'IEA és d,1 i la taxa de 0,1 casos per 10⁵ habitants. El cas, declarat per l'Hospital Son Llätzer, era un home de 24 anys al qual se li va aïllar *Salmonella paratyphi*. No es va poder identificar l'origen de la infecció.

A la figura 15 es presenta l'evolució dels casos i taxes des del 1997 fins al 2006. Durant aquest període la mitjana és de poc menys d'un cas anual. El 2005, amb 3 afectats, és l'any amb més casos del període.

Hepatitis A

A l'any 2006 es varen detectar 8 casos d'hepatitis A, 5 corresponents a Mallorca, 2 a Menorca i 1 a Eivissa. La taxa per 10⁵ habitants ha estat de 0,8 i l'IEA de 0,89. Cinc dels casos es varen declarar des d'atenció primària, altres 2 casos dels hospitals Son Dureta i Clínica Palmaplanas i un d'una consulta privada.

A la figura 16 es mostren les taxes anuals per 10⁵ habitants des de 1997 i la tendència, que en general és descendent. Els augments puntuals de la incidència són a causa de la presentació de brots.

A la taula 23 es presenta la distribució per sexe i edat. La meitat dels malalts eren homes. El promig d'edat era de 47 anys, i el rang de 22 a 61 anys, sensiblement més elevat del que és habitual en aquesta malaltia que sol afectar preferentment adults joves o nins. Tots els casos, excepte un, es varen confirmar per serologia (IgM específica). Cap dels malalts havia estat vacunat.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

A l'any 2006 no es va detectar cap brot. Pel que fa als mecanismes de transmissió, 5 casos tenien l'antecedent de menjar verdura crua sense desinfectar, tres de consum de gel, un d'aigua sense tractar i de la resta no es va poder identificar cap factor de risc.

Hepatitis B

Durant el 2006 es varen detectar 19 casos d'hepatitis B, que representen una taxa d'1,9 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 0,79. A Mallorca, amb 13 casos (10 d'ells de Palma), la taxa és d'1,6, a Menorca, amb 1 cas, la taxa és de 1,1, mentre que Eivissa, amb 5 casos i una taxa de 4,1, és l'illa de major incidència. A la figura 17 es mostra l'evolució de les taxes global i per illa, certament fluctuants però amb una evident preponderància de les incidències a les Pitiüses. La majoria de notificacions, 16, procedeixen d'atenció primària i tres dels hospitals de Can Misses, Son Dureta i Son Llàtzer.

Pel que fa al sexe, 16 eren homes (84%). El rang d'edat era de 14 a 72 anys, amb la mitjana de 36 i la desviació estàndard de 12. L'edat de les dones és més alta que la dels homes, amb mitjanes respectives de 42 i 35 (taula 24). El 74% dels casos tenen entre 26 i 40 anys.

Tots els casos es varen confirmar per laboratori. No es va constatar l'antecedent de vacunació a cap malalt. Es té informació completa sobre els factors de risc prevists al protocol de notificació a 11 dels casos, el 58%, 14 punts menys que al 2005. Pel que fa a cadascun dels factors de risc, el rang d'emplenament va del 84% al 100%. Els factors de risc identificats amb més freqüència varen ser haver tengut múltiples parelles (44%), tenir un contacte familiar de risc (5 casos, per a 4 dels quals el contacte de risc era la parella sexual), i, en 3 casos, les relacions homosexuals, haver viatjat a zones d'endèmia i haver viscut a zones endèmiques d'hepatitis per virus B.

Altres hepatitis víriques

Durant el 2006 es varen notificar 33 casos d'aquesta rúbrica, que representen una taxa de 3,3 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic d'1,5, més alt de l'esperat. Tots els casos, excepte un que va declarar l'Hospital de Son Dureta, es notificaren des d'atenció primària. Per illes, la major incidència correspon a Mallorca amb una taxa de 3,7 (29 casos). A Eivissa se n'han detectat 3 casos (taxa de 2,5) i a Menorca 1 cas (taxa de 1,1). A la figura 18 es mostra, per illes i globalment, la sèrie històrica (1997-2006). Les taxes anuals globals de la comunitat autònoma continuen entre 2 i 4 casos per 10⁵, amb l'excepció feta de l'any 1998.

Pel que fa al sexe, 20 eren homes i 13 dones. El rang d'edat era de 16 a 82 anys, amb la mitjana de 43, 11 anys més baixa a dones que a homes (respectivament, 36 i 47), i la desviació estàndard de 16. La meitat dels casos tenen de 34 a 48 anys.

L'etiologia de tots els casos era el virus C. De 21 dels casos (64%) es va poder obtenir informació completa sobre factors de risc. El més freqüent, amb 7 casos, va ser l'antecedent de contacte familiar de risc (a 6 d'ells era la parella sexual), seguit per l'ús de drogues per via parenteral, amb 4 casos, haver tengut múltiples parelles (4 casos) i ser intern a la presó (3 malalts).

Des que les hepatitis es notifiquen de manera individualitzada i amb especificació de tipus (any 1997) s'han notificat 307 casos d'hepatitis d'altres tipus (és a dir ni de tipus A ni B), 295 dels quals (96%) han estat de tipus C. A la taula 25 es presenten els casos per illa i també per tipus d'hepatitis.

Legionel·losi

Durant el 2006 es varen detectar a les Illes Balears un total de 44 casos de legionel·losi que representen una taxa de 4,4 per 10⁵ habitants (taxa a l'any 2005: 4,4; 43 casos). L'índex epidèmic és de 0,98, és a dir dins els marges esperats. Per illes, Mallorca presenta la majoria dels casos –26, 6 dels quals a Palma– mentre que a Eivissa se'n detectaren 12 (el doble que al 2005) i a Menorca 6 (dos més que al 2005).

Pel que fa al sexe, 35 eren homes i 9 dones. Quant a l'edat - variable coneguda per tots els casos – el rang va de 26 a 84 anys i la mitjana és de 60 anys. A la taula 26 es presenta la distribució per sexe i grups d'edat.

Dels 44 casos detectats, 18 eren turistes, mentre la resta eren residents habituals a la Comunitat Autònoma. La majoria de notificacions corresponents a turistes procedien del Centre Nacional d'Epidemiologia (CNE), que rep les declaracions del Grup europeu de vigilància de legionel·losi a turistes (EWGLI) i d'altres comunitats autònomes. La resta de casos han estat declarats des del CS Pere Garau, CS Can Misses, H. Can Misses (Unitat hospitalària a domicili, M. Interna, UCI), H. d'Alcúdia (Pneumologia), H. de Manacor (M. Interna, UCI), H. de Muro (UCI), Son Llätzer (M. Interna, Pneumologia), P. Verge de Gràcia (M. Interna), H. Son Dureta (Pneumologia, M. Interna), P. Miramar (M. Interna) i Verge de Montetoro (M. Interna). Per recerca activa es varen detectar 4 casos no notificats des dels serveis de M. Interna de l'Hospital Verge del Toro, Can Misses i H. de Manacor (2 casos).

Es varen poder confirmar per laboratori 43 casos, la majoria (93,2%) exclusivament per detecció d'antigen en orina. Dos casos es confirmaren per cultiu. Totes les legionel·les identificades eren *L. pneumophila* del serogrup 1. A la taula 27 es presenten els casos confirmats segons mètode de confirmació des de l'any 1999 fins el 2006. En els darrers anys el percentatge de confirmació supera el 97% i quasi el 85% dels casos confirmats des de l'any 1999 ho han estat mitjançant l'Ag en orina.

La clínica era en tots els casos del 2006 respiratòria (malaltia del legionari), es varen comunicar complicacions a 3 casos (sèpsia, insuficiència respiratòria i renal) i l'evolució clínica es va poder conèixer a 40 casos, dos dels quals varen morir.

Respecte de les variables relacionades amb els riscos, s'ha de destacar que a un total de 25 casos (56,8%) es va poder aconseguir informació sobre totes les exposicions o antecedents de risc que apareixen al protocol de notificació. Aquest percentatge és el més alt des del 1999, any en què es va començar a recollir aquest tipus d'informació i és quasi el doble del promig del darrer quinquenni.

Entre els antecedents que apareixen amb més freqüència destaquen tabaquisme (11 casos; 37,9% dels casos amb resposta coneguda en aquesta variable) i viatges (17 casos; 45,9%).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

També apareixen –entre d’altres- antecedents de malaltia respiratòria crònica (5 casos) i l’exposició a obres properes (6 casos).

Quant a les possibles fonts de la infecció, i en el casos que afecten a turistes, les investigacions es concentren en el lloc d’allotjament que és a més a més l’única informació epidemiològica que indefectiblement apareix en els comunicats procedents de l’EWGLI.

Per ajudar a interpretar la relació epidemiològica entre casos de legionel·losi cal recordar que es considera que dos o més casos associats a un mateix establiment formen un brot quan inicien símptomes dins el mateix mes. Quan la diferència entre les dates d’inici de símptomes és de més d’un mes i inferior als 2 anys es considera que els casos formen un “cluster”. A l’any 2006, 16 dels casos tenien antecedent d’estada a establiments turístics. Dels 16 casos, 13 s’han catalogat com esporàdics, és a dir, epidemiològicament no associats a altres casos. Dos casos (ambdós de l’any 2006) s’agrupen com associats a un mateix establiment. Un altra dels casos formava un cluster amb un cas de l’any 2005. El total d’establiments amb una possible associació a casos de l’any 2006 ha estat de 15.

Es varen recollir mostres ambientals de 15 dels 44 casos de l’any 2006, amb resultat positiu a *Legionella* a 3 d’ells. A una mostra ambiental s’ha pogut demostrar la presència de *Legionella* del mateix serogrup que la que s’havia identificat en mostres clíniques del malalt. La investigació ambiental dels casos es realitza des del Servei de Protecció de la Salut de la Direcció General de Salut Pública i des del Laboratori de Salut Pública de la Conselleria de Salut. La investigació ambiental implica visites a l’establiment presumiblement involucrat amb l’objectiu d’esbrinar la font d’infecció, recollir mostres i implantar o corregir mesures de control o de infraestructura.

Quant a l’evolució de la incidència de la legionel·losi es mostren a taula 28 els casos anuals per illa des de l’any 1997. Des d’aquest any s’han acumulat un total de 372 casos (268 a Mallorca, 36 a Menorca i 64 a les Pitiüses mentre que a 4 casos no es va poder assignar la illa). En un context global de tendència ascendent que s’havia intensificat a partir de l’any 1999, en els tres darrers anys el nombre de casos s’estabilitza envoltant els 45 casos anuals.

A la figura 19 es mostren les taxes des de l’any 1999. En aquests anys estan entre 3 i 7 casos per 100.000. S’ha d’explicar que aquestes taxes globals anuals (calculades amb la població amb residència habitual a Balears) constitueixen un indicador poc adequat en aquesta malaltia, que afecta de manera important a població turística. És per això que a la mateixa gràfica apareix la taxa calculada amb els casos que han afectat a població amb residència habitual a Balears i una vegada exclosos els casos corresponents a turistes. Aquesta taxa, encara que presenta una moderada tendència a augmentar, no ha passat de 3 en cap any. A la mateixa gràfica i pel mateix període es representen el nombre anual de casos entre població turística i el nombre d’establiments presumptament associats a casos.

El nombre de turistes afectats en un any va presentar un màxim de 38 a l’any 2003 i des d’aquest any va començar a disminuir progressivament. La tendència del número anual d’establiments associats a casos és lògicament també descendent des de l’any 2003 i en els dos darrers anys es situa en 15-16 establiments. Les dades mereixen –pel que fa als casos

que afecten a residents no habituals- una lectura positiva en relació a la baixa taxa d'afectació (pocs casos i pocs establiments amb presumpte associació a casos en relació a la nombrosa planta d'establiments turístics i al gran nombre de visitants anuals). Aquesta lectura s'ha de fer també en el marc de les següents consideracions: la col·laboració de les fonts d'informació (àmbit clínic i laboratoris), la recerca activa que es fa d'aquesta malaltia i la col·laboració internacional en la detecció i notificació de casos diagnosticats fora de la nostra Comunitat fan molt difícil que hi hagi casos que escapin al sistema. D'altra banda, el fet que es diagnostiqui un cas a una persona allotjada a un establiment turístic no implica necessàriament que l'adquisició de la malaltia s'hagi verificat en el lloc d'allotjament. Finalment és destacable el fet que dels 18 turistes afectats, 15 tenien nacionalitat diferent a l'espanyola, i d'aquests 15, 12 es varen diagnosticar quan tornaren al seu país d'origen. Dels 15 casos, 10 procedien del Regne Unit, 3 d'Alemanya, i els altres dos d'Àustria i Holanda.

Leishmaniosi

D'aquesta malaltia i a l'any 2006 s'han notificat 35 casos (1 més que al 2005), i corresponen 33 a Mallorca (14 a Palma) i 1 a Eivissa. A un dels casos no s'ha pogut assignar illa. Aquests 35 casos impliquen una taxa global de 3,5 per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 3,50 que reflecteix un nombre de casos molt superior a l'esperat. La taxa a Mallorca queda en 4,2 i a les Pitiüses en 0,8.

La sèrie històrica des del 1997, com es veu a la figura 20, mostra una curva irregular i amb baix nombre de casos en els primers anys mentre que a partir de l'any 2002 comença un període d'augment regular i constant que implica superar els 30 casos a l'any 2005. Aquesta tendència, que respon probablement a una correcció lenta de la subnotificació - especialment de les formes cutànies- i a la incorporació de noves fonts d'informació, es romp per primera vegada a l'any 2006 ja que es notifiquen un nombre similar de casos que al 2005. A la figura 20 s'observa també com el 2006 és el tercer any consecutiu en què es notifiquen més formes cutànies que visceral. Concretament, a l'any 2006 s'han notificat 25 formes cutànies (igual que al 2005) i 10 visceral o mixtes (una menys que al 2005). Als primers anys de la sèrie, la notificació de formes cutànies era quasi anecdòtica i la correcció d'aquest artefacte s'ha d'agrair especialment a determinades unitats de dermatologia hospitalària que s'han integrat com a fonts d'informació al sistema.

La clínica més comunicada va ser febre (9 casos), esplenomegàlia (10 casos) i hepatomegàlia (9 casos). Respecte de les variables de risc recollides al protocol de notificació, cal destacar que dels 35 casos, 6 tenia infecció per VIH, 3 presentaven altres malalties immunosupresores, a 7 casos es consignava qualche factor relacionat amb cans (convivència, malaltia, etc.), a 5 constava l'antecedent de drogoaddicció (via parenteral), i a cinc casos es referien factors ambientals relacionats amb la presència de moscards, abocadors o granges a l'entorn.

A la taula 29 es resumeixen les característiques dels malalts i podem destacar la notificació de 6 casos pediàtrics, 3 amb forma visceral i 3 cutània. La mitjana i la mediana d'edat és clarament superior en les formes cutànies.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Han notificat casos de leishmaniosi durant l'any 2006 els centres de salut Coll den Rebassa, Son Ferriol (2 casos), Calvià (2 casos), Lluçmajor i Manacor, un dermatòleg privat i els següents hospitals: Son Dureta (Dermatologia, M. Interna i Pediatria), Policlínica Miramar (Dermatologia, Microbiologia i M. Interna), Can Misses (M. Interna), Manacor (Dermatologia, M. Interna i Cirurgia) i Son Llätzer (M. Interna i Dermatologia).

Aquestes notificacions inclouen casos detectats per recerca activa des del Servei d'Epidemiologia i que no s'havien notificat des de les següents fonts: Son Dureta (M. Interna i Pediatria), H. Can Misses (M. Interna), H. Manacor (Dermatologia, M. Interna i Cirurgia) i Son Llätzer (M. Interna).

Malaltia meningocòccica

El nombre de casos de malaltia meningocòccica a l'any 2006 ha estat de 15 (un nombre de casos tan baix no es donava des de mitjans dels anys 80), i la taxa per 10⁵ habitants és d'1,5. L'IEA ha estat de 0,68. La forma clínica ha estat de sèpsia a 7 casos, meningitis a 5 i forma mixta a 3. Dos malalts van morir i la resta de casos varen evolucionar positivament i sense complicacions registrades. Les característiques clíniques dels casos varen ser febre (15 casos), petèquies (11), rigidesa de nuca (5), vòmits (10), xoc (1) i estupor o coma (4).

A la distribució geogràfica hi ha diferències importants entre les illes, de manera que dels 15 casos, 11 corresponen a Mallorca (dels quals 4 a Palma), 1 a Menorca i 3 a Eivissa. Una xifra de casos tan baixa a Mallorca (11 casos) no es donava des de l'any 1987 en què es detectaren 8 casos.

La distribució estacional mostra com s'acumulen 6 casos en les 4 primeres quadrisetmanes de l'any i 7 casos en les quadrisetmanes 7 a 10 (taula 30). Comparant la distribució mensual dels casos amb la dels anys 1999-2005 (figura 21) s'observa que només en el mes de setembre (amb 4 casos) se superen els màxims.

Respecte de l'anàlisi de les temporades (setmana 41 d'un any fins la setmana 40 del següent) cal destacar que la darrera temporada (2005-2006) ha quedat amb 14 casos. Des de la temporada 1999-2000 no hi hagut un nombre tan baix de casos excepte a la temporada 2000-2001 en què es varen comptabilitzar només 11 casos (figura 22).

L'evolució de la malaltia des del 1997 mostra una tendència descendent. En els anys 1997-1999 les taxes estaven entre 4 i 6 casos per 100.000 habitants i partir de l'any 2003 (taxa de 2'5) es mantenen cada any per davall de 3 de manera que aquest any 2006 ni tan sols s'arriba a una taxa de 2 casos per 100.000 (figura 23). Durant el període 1997-2006 Mallorca presenta la taxa mitjana més alta (Mallorca 3,2; Menorca 2,4; Pitiüses 2,7) (taula 31).

Pel que fa a sexe i edat (taula 32), més de la meitat (10 casos) són homes i dels 15 casos, 6 tenen menys de 15 anys d'edat. La taxa fins als 14 anys és de 4 per 10⁵. A l'any 2004 aquesta taxa era de 11 i disminueix per segon any consecutiu. La taxa a majors de 14 anys és d'1,1 (1,3 a l'any 2005).

La proporció de casos confirmats al 2006 va ser del 80% (12 casos), similar a l'any 2005 i 2 punts per damunt del promig de confirmació dels anys 1997-2005 (78,3%). Dels 12 casos confirmats, 2 ho han estat per PCR i la resta per cultiu (5 de LCR i 5 per hemocultiu). S'ha de destacar com aspecte positiu que la col·laboració dels diferents laboratoris hospitalaris de la Comunitat ha permès serogrupar 11 dels 12 casos confirmats. De les 11 soques serogrupades 10 corresponen al serogrup B i 1 al C.

Des de l'any 1990 fins a l'any 2006 (en total 240 soques serogrupades amb resultat positiu a serogrup B o C) és clara la preponderància del B sobre el C. Des de l'any 2000 es manté una proporció aproximada de 4/1 a favor del B (figura 24). A la taula 33 es presenta la distribució dels casos segons confirmació analítica i serogrup dels anys 1997-2006 i a la taula 34 presentam la distribució de serogrups del 2006 per grup d'edat.

Tots els casos s'han catalogat com esporàdics, és a dir sense formar brots. 11 casos eren de nacionalitat espanyola i la resta de les següents nacionalitats: Polònia (1 cas), Equador (1 cas) i Regne Unit (2 casos). Aquests dos darrers casos eren turistes mentre que la resta tenia la residència habitual a la nostra comunitat.

Tots els casos s'han notificat des de l'àmbit hospitalari. Les fonts d'informació pels casos de meningitis meningocòccica de l'any 2006 han estat: H. Son Dureta (Pediatría i M. Interna), Clínica Rotger (UCI i laboratori de Microbiologia), Clínica Femenia (UCI), Verge de Montetoro (M. Interna) i H. Can Misses (UCI i M. Interna). Només 1 dels 15 casos es considerà subnotificat ja que es va rebre la comunicació a partir del Centre Nacional de Microbiologia i es tractava d'un cas que l'Hospital Son Dureta no havia notificat al seu moment.

Malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*

A l'any 2006, igual que al 2005, no hi ha hagut casos de malaltia per *H. influenzae*. La sèrie històrica des del 1997 mostra una incidència sempre molt baixa, amb un rang de zero a tres casos anuals (figura 25).

Des del 1997 (12 casos acumulats) el perfil del malalt és, en la majoria de casos, el d'una persona de mitjana edat no vacunada. Cinc dels casos tenen edats pediàtriques. A la taula 35 es mostra un resum de les variables dels casos acumulats des de l'any 1997.

Parotiditis

Després que a l'any 2005, amb 519 casos, la incidència de parotiditis es vegés condicionada per un important brot a Eivissa, a l'any 2006 s'han detectat 52 casos, amb una taxa de 5,2 casos per 10⁵ habitants i un índex epidèmic de 0,45 (a l'any 2005 va ser de 4,5). A la figura 26 es mostra l'evolució de la taxa des del 1997.

Pel que fa a la distribució geogràfica i respecte a l'any 2006, la taxa ha disminuït lleugerament a Mallorca (5,4 vs 3,4) i de manera important a Eivissa (401,3 vs 20,5). A Menorca no s'ha detectat cap cas a l'any 2006. A la taula 36 es veu l'evolució anual de la taxa per cada illa des de l'any 1997.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Respecte de la distribució per edat i sexe, un 58% dels casos han estat dones. El rang d'edat és d'1 a 92 anys. La incidència és màxima al grup de 5 a 14 anys, amb 20 malalts i una taxa de 20,4 per 10⁵. Aquest també va ser el grup amb la taxa més alta a l'any 2005. Al 46,2% de malalts (24 casos) se'ls havien administrat les dosis de vacuna corresponents a l'edat, al 9,6% la vacunació era incompleta, el 34,6% no estaven vacunats i del 9,6% no va ser possible conèixer els antecedents de vacunació. A la taula 37 es presenta la incidència i el nombre de vacunats distribuïts per sexe i grup d'edat.

Es varen confirmar 14 casos (26,9%) tots per serologia. La resta van ser classificats com casos sospitosos.

Durant el 2006 hi ha hagut només un brot de parotiditis amb 4 casos associats a un col·legi de Pollença.

El 90% dels casos han estat notificats per atenció primària. Els pediatres n'han notificat 25 i els metges de família 22. 2 casos s'han notificat des de residències d'ancians i 3 casos des dels següents serveis hospitalaris: Pediatria i ORL de Son Llätzer (aquest darrer cas es va detectar a través del CMBD) i Cirurgia de Can Misses.

Rubèola

Durant l'any 2006, s'han detectat 3 casos de rubèola.

La incidència per 10⁵ habitants ha estat de 0,3. A la taula 38 es presenta la incidència de la rubèola des del 1997, distribuïda per illes, i a la figura 27 la taxa global de les Illes Balears del període 1997-2006. Dos dels malalts eren de Mallorca (taxa de 0,3) i l'altre de Menorca (taxa d'1,1). A Palma hi va haver un malalt (taxa de 0,3).

Els casos eren una dona de 25 anys, no vacunada, confirmat per serologia (IgM positiva) i declarada pel CS d'Inca, una nina de 14 mesos, no vacunada i compatible clínicament (no es varen demanar proves diagnòstiques) notificat pel CS de Ferreries, i una dona de 25 anys, sense antecedent de vacunació conegut i confirmat per serologia (IgM positiva) comunicat pel CS Arquitecte Bennàssar. Es va recomanar la vacunació dels contactes potencialment susceptibles.

Tètan

Durant l'any 2006 no s'ha notificat ni detectat cap cas de tètan.

En el període 1997-2006 s'han declarat 6 casos de tètan, el darrer al 2002 (figura 28). A la taula 39 figura el resum de les variables recollides dels casos detectats durant aquest període.

Tos ferina

Durant l'any 2006 s'han notificat 6 casos de tos ferina, tots a Mallorca i 5 d'ells a Palma. L'índex epidèmic ha estat de 0,67, és a dir, una incidència menor a l'esperada. La taxa global ha estat de 0,6 per 10⁵ habitants i de 0,8 a Mallorca. A Palma la taxa ha estat d'1,3.

Només 2 casos es varen confirmar, i la resta són sospites clíniques. No es va detectar cap brot.

A la figura 29 es mostra l'evolució de la taxa des del 1997 i la taxa mediana del període 2001-2005 mentre que a la taula 40 es presenta el nombre absolut de casos des del 1997, per illes.

Al 2006, quatre malalts eren dones i dos homes. El rang d'edat va des d'un mes a 11 anys, i 4 eren menors de 3 mesos. Només 1 malalt estava correctament vacunat. Pel que fa als menors de 3 mesos, un encara no tenia l'edat d'administració de la primera dosi (2 mesos), i als altres tres se'ls hauria d'haver administrat una dosi. No es va detectar cap brot.

Els casos de tos ferina de l'any 2006 s'han notificat des d'atenció primària (CS Casa del Mar-Ponent i Marines) i el Serveis de Pediatria de l'hospital Son Dureta i de Son Llàtzer.

Tuberculosi respiratòria

El nombre de casos de tuberculosi respiratòria a l'any 2006 ha estat de 125, i la taxa per 10⁵ habitants és de 12,5, dos punts menys que a l'any anterior. L'índex epidèmic acumulat (0,91) està dins l'esperat.

Aquest és el segon any consecutiu en què disminueix la taxa de tuberculosi respiratòria i la tendència des de l'any 1997 (la taxa va ser de 22,4 en aquell any) és moderadament descendent (figura 30). A més a més, per primera vegada, la taxa queda per davall dels 13 casos per 10⁵ habitants.

Aquesta lenta tendència a la disminució és més evident pel que fa a Mallorca que a les altres illes. La disminució a Mallorca s'ha verificat pràcticament sense interrupcions any a any des del 1997 de manera que per primera vegada la taxa no arriba a 10 (taxa de 9,9 i 78 casos). Dels 78 casos de Mallorca, més d'un 65% (51 casos) corresponen a Palma que queda amb una taxa de 13,6, la més baixa dels darrers anys. La taxa a Menorca, que havia augmentat lleugerament a partir de l'any 2002 arribant a quasi 13 casos per 100.000 habitants a l'any 2005, ha disminuït poc més d'1 punt a l'any 2006 i queda en 11,3 (10 casos). A Eivissa, la taxa al 2006 és de 29,5 (36 casos) i això implica que la curva d'evolució des del 1997 continua marcant un perfil d'estabilització en nivells alts i amb taxes per damunt de 25 en els tres darrers anys (figura 31).

A la taula 41 es mostra la distribució geogràfica i quadrisetmanal dels casos.

La proporció de dones ha estat del 32,8% (41 casos) al 2006. La incidència, igual que en els darrers anys, és el doble a homes que a dones (16,7 i 8,2 casos per 10⁵ respectivament). La taxa a homes ha baixat 4 punts respecte de l'any 2005 i per les dones és similar. Des de l'any 1999, les taxes a homes es mantenen clarament per damunt de les taxes a dones però amb una tendència al descens més clara (figura 32).

El 66% dels malalts té una edat compresa entre 25 i 54 anys. Globalment, la taxa més alta és del grup de 35 a 44 anys (17,7 per 100.000). Aquest grup és també el que té la incidència més alta als homes (27,4) mentre que pel que fa a les dones la taxa més alta és la del grup 25 a 34 anys (16,4) (taula 42).

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Dels 125 casos de tuberculosi detectats a l'any 2006, un total de 37 (29,6%) són immigrants. Aquest percentatge ha augmentat pràcticament cada any des del 1999 (9,8%) en què es va començar a recollir aquesta variable. Destaquen, a part dels 5 casos procedents d'altres comunitats autònomes, països com Senegal i Equador que aporten 4 casos cada país. 3 casos procedeixen de Bolívia i altres 3 de Romania. Països com Colòmbia, Nigèria, Perú, Uruguai i Veneçuela aporten 2 casos. Amb 1 cas apareixen Argèlia, Costa Rica, França, Israel, Mali, Marroc i R. Dominicana.

El percentatge de confirmació de casos de tuberculosi respiratòria a l'any 2006 va ser d'un 79%, cinc punts per damunt del de l'any 2005 que va ser el més baix des del 1997 (taula 43). El percentatge de confirmació ha estat un poc més alt al grup d'edat 15-64 anys (102 casos; 82 confirmats; 80% de confirmació) que als grups de 0-14 anys (9 casos; 6 confirmats; 67%) i més de 65 anys (13 casos; 10 confirmats; 77%).

Respecte de la recollida de dades sobre factors de risc o situacions de risc, a l'any 2006, el 53,6% dels casos presenten consignades totes les variables. Aquest percentatge és 5 punts inferior al del 2005 i similar al del període 1999-2005. La taxa mitjana de resposta a aquestes variables és del 88,6%, cosa que representa un augment de 6 punts respecte a la del 2005. Les variables més emprades (el notificador especifica en el protocol la presència o absència del factor) són l'antecedent d'internament a un centre penitenciari i la pertinença dels casos a altres institucions tancades amb un 95,2%. La menys emprada és la que es refereix a si el malalt és VIH positiu (76,8%). A 8 casos s'han consignat altres factors o situacions de risc i els notificadors han especificat – entre d'altres- diabetis, tabaquisme i EPOC.

La prevalença de cada factor de risc s'ha calculat sobre els casos dels quals es té la informació (casos en què el notificador ha especificat la informació). Els que s'associen amb més freqüència a la malaltia tuberculosa a l'any 2006 són el contacte amb malalt (23,5%) i l'enolisme (14,9%). La prevalença d'VIH (9,4%) és la més baixa des del 1999 (primer any en què es recolliren aquestes variables) igual que l'antecedent drogoaaddicció per via parenteral que a l'any 2006 no ha arribat al 2%. A la taula 44 es mostra la informació sobre variables de risc.

Els casos de tuberculosi respiratòria de l'any 2006 s'han notificat des d'atenció primària (15 casos), centre penitenciari de Palma (2 casos), fonts d'altres comunitats autònomes (2 casos) i les següents unitats hospitalàries: Son Dureta (33 casos; M. Interna, Pneumologia, Pediatria i Oncologia), Son Llätzer (28 casos; Pneumologia, M. Interna i Pediatria), H. de Manacor (9 casos; M. Interna), Can Misses (23 casos; M. Interna i Pediatria), Policlínica del Rosàrio (2 casos, M. Interna), Verge de Montetoro (9 casos; Pediatria, Pneumologia i M. Interna), H. Joan March (1 cas; M. Interna) i Policlínica Miramar (1 cas, M. Interna).

S'han detectat per recerca activa 11 casos: diagnosticats a hospital Son Dureta (2 casos; M. Interna), H. Manacor (5 casos; M. Interna) i hospital Son Llätzer (4 casos; M. Interna i Pneumologia). Tots els casos s'han detectat a través de la revisió del CMBD.

Formes no respiratòries de tuberculosi

La incidència al 2006 ha estat de 44 casos (4,4 casos per 10⁵ habitants) amb un IEA d'1,1. A la figura 33 es mostra l'evolució de la taxa des de l'any 1997 i que es manté en els darrers anys estable entre 4 i 5 casos per 10⁵ habitants.

A Mallorca s'han detectat 34 casos (24 a Palma i 10 a la resta de municipis), cap a Menorca i 10 a les Pitiüses. Mallorca queda amb una taxa de 4,3 i les Pitiüses de 8,2.

A la taula 45 es mostra l'evolució de la incidència en els darrers anys segons àmbit geogràfic. Les Pitiüses presenten, en general, les taxes més altes, i Menorca les més baixes. A qualsevol dels àmbits es pot considerar que la tendència és a l'estabilització de les incidències.

Dels 44 casos, el 52,3% són dones. La mitjana d'edat és de 48 anys, i és un poc més alta la de les dones (50 anys) que la dels homes (46 anys). El rang d'edat va dels 13 als 86 anys i la desviació estàndard és 20. A la taula 46 es mostra la distribució per edat i sexe dels malalts.

Pel que fa a la forma clínica, les més freqüents són les pleurals (13 casos), ganglionars (11 casos), meníngies (6 casos), osteoarticulars (4 casos) i les genitourinàries (3 casos).

Dels 44 casos de tuberculosi no respiratòria detectats a l'any 2006, un total de 7 (16%) són immigrants. Aquest percentatge – amb certes variacions- es manté per damunt del 15% des de l'any 2003. Els llocs de procedència són Bolívia (2 casos), Angola, Colòmbia, Xile, Equador i Marroc.

S'han pogut confirmar 34 casos, és a dir, el 77%, percentatge similar al del 2005 i notablement més alt que la mitjana del quinquenni anterior (70%) (taula 47).

Respecte de la recollida de dades sobre factors de risc, a l'any 2006 el 73% dels casos presenten consignades totes les variables de risc que figuren al protocol de notificació. Aquest percentatge és el més alt des de l'any 1999 en què es començaren a recollir aquestes dades i molt superior al promig (55%) del període 2001-2005.

Quasi totes les variables tenen un percentatge de resposta superior al 90%. La prevalença de cada factor de risc s'ha calculat sobre els casos dels quals es té la informació. Els que s'associen amb més freqüència a la malaltia tuberculosa no respiratòria són la infecció VIH (8 malalts) i ser usuari de drogues per via parenteral (UDVP) (4 malalts). Es pot afirmar que la freqüència de tots els factors de risc ha disminuït respecte al promig del quinquenni 2001-2005 (taula 48).

Els casos de tuberculosi no respiratòria de l'any 2006 s'han notificat des d'atenció primària (1 cas; CS Can Misses) i des de les següents unitats hospitalàries: Son Dureta (M. Interna, Nefrologia, Pneumologia, Traumatologia), Policlínica Miramar (M. Interna), hospital Can Misses (M. Interna), hospital de Manacor (M. Interna) i Son Llätzer (M. Interna, Nefrologia, Urologia i Pneumologia). S'han detectat per recerca activa 16 casos no notificats des de: Son Dureta (M. Interna, Traumatologia i Pneumologia), H. Can Misses (M. Interna), hospital de Manacor (M. Interna) i Son Llätzer (M. Interna i Urologia).

5.4.- Malalties sotmeses a plans o registres específics

Malaltia de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)

Encara que aquesta malaltia no es va incloure com de notificació obligatòria a la nostra Comunitat fins a l'any 2003 (Decret 19/2003 de 28 de febrer), ja se'n recollia informació des de l'any 1995. En aquest any es va crear un registre nacional per a la vigilància de la malaltia, al qual s'incorporaren els casos de nou diagnòstic i, mitjançant una recerca retrospectiva, els casos diagnosticats des de l'any 1993.

A l'any 2006 no s'ha notificat cap cas.

Des de la posada en marxa del sistema i fins l'any 2006, el Servei d'Epidemiologia ha rebut un total de 14 comunicacions de sospita de casos, les investigacions de les quals han suposat incloure en el registre un total 9 casos de MCJ (taula 49). Els altres 5 descartats varen ser qualificats de "No MCJ": dos d'ells no complien els criteris de cas i els resultats anatomopatològics dels altres tres casos sospitosos van confirmar altres tipus de demència (malaltia per Cossos de Lewy a dos casos i Encefalitis Vírica a l'altre).

Els 9 casos de MCJ acumulats al sistema des de l'any 1993 tenien –en el moment del diagnòstic– entre 60 i 75 anys i es varen catalogar tots com a corresponents a la MCJ en la seva forma clàssica, esporàdica. En quan als criteris de l'OMS, quatre dels casos compliren criteris de MCJ "Confirmada", altres quatre de MCJ "Probable" i un de MCJ "Possible". Quan a les proves diagnòstiques dels casos notificats, es va fer electroencefalograma a 8 casos, i a 6 va ser típic de MCJ. La determinació de la proteïna 14.3.3 es va fer a 5 casos, i a 4 d'ells va resultar positiva. L'estudi genètic del gen PRNP, que codifica la proteïna PrP, es va fer a dos casos sense que es trobàs cap mutació; el polimorfisme en el codó 129 també es va fer a tres casos, i va resultar homocigot metionina/metionina als tres.

Sífilis congènita

Durant l'any 2006 hi ha hagut 3 notificacions de sífilis congènita, totes a Mallorca. La taxa a les Illes Balears ha estat de 0,3 per 10⁵. És el segon any consecutiu amb notificacions de sífilis congènita, després de molts d'anys sense cap declaració.

Es tracta d'un nin nascut a l'octubre i dues nines nascudes al desembre del 2006 i diagnosticades a l'Hospital Son Llàtzer al gener de 2007. No es coneixen els antecedents de risc de les mares ni de les parelles d'aquestes. Les mares eren totes VIH negatives.

Lepra

El registre de lepra sorgeix a Espanya amb l'objectiu de millorar el control de la malaltia, disminuir-ne la incidència i conèixer-ne la prevalença, dins un Programa de l'OMS, a l'any 1991.

La descripció clínica utilitzada és la dels Centers for Diseases Control (CDC) d'Atlanta. L'OMS va definir els criteris diagnòstics, la classificació clínica i va elaborar la definició operativa i la classificació a efectes de registre, i va definir les pautes de tractament i els períodes de vigilància.

El registre va començar amb una recerca activa de tots els casos, que es varen classificar segons el criteris de l'OMS en "Actiu", "En vigilància" i "De baixa al registre". D'aquesta manera es va poder depurar l'antic registre de lepra i es va poder calcular la incidència i la prevalença.

Molts casos varen ser donats de baixa al Registre perquè es consideraren curats, independentment de possibles seqüeles o que per la raó que fos el metge volgués fer-ne un seguiment posterior. La informació sobre tots els casos s'actualitza cada any, de manera que es poden reclassificar a mesura que compleixen els tractaments i es controla la malaltia.

A les Illes Balears, des de l'any 1991, el Registre ha recollit informació sobre 31 casos, amb data de diagnòstic des de l'any 1951. Dels 31, 7 han estat diagnosticats a partir de 1991 i, per tant es compta amb una millor informació. A la figura 34 es mostren els casos registrats a les Illes Balears distribuïts segons l'any de diagnòstic. Només s'han pogut classificar en autòctons i importats els malalts diagnosticats des de l'inici del Registre. El darrer es va diagnosticar a l'any 2000. A l'any 2006 se n'han declarat dos casos, tots dos antics, ja declarats anteriorment, en tractament i que no compleixen criteris ni d'activitat ni de vigilància. Així doncs, per tercer any consecutiu, no hi ha cap malalt al registre, ni actiu ni en vigilància.

Pla d'eradicació de la poliomièlitis

Des de l'any 1988, any en què l'OMS va decidir l'eliminació de la polio al món, els progressos assolits són molt importants: ja hi ha tres regions de l'OMS que han aconseguit el certificat d'eradicació (Regió de les Amèriques al 1994, Pacífic Occidental al 2000 i Regió Europea al 2002) i el nombre de casos havia disminuït en un 99,8% a l'any 2003.

No obstant això, des del 2004 hi ha hagut increments de la incidència a causa de l'aparició de brots causats per casos importats a 21 països prèviament lliures de polio. Així, dels 784 del 2003 s'ha passat a 1.997 al 2006. Els 4 focus endèmics que queden estan localitzats als mateixos 4 països que al 2005: Índia, Pakistan, Afganistan i Nigèria. Durant el 2006 s'han aïllat poliovirus salvatges als 4 països endèmics i a altres 12 amb brots relacionats amb la importació de casos (8 països africans i 4 asiàtics). La circulació del poliovirus tipus 3 pràcticament està limitada al nord de Nigèria, mentre que a Àsia està en vies d'eradicació. Aquesta circumstància ha provocat canvis en l'estratègia de la vacunació, ja que s'ha demostrat una major eficàcia de la vacuna monovalent del tipus implicat per controlar els brots que la trivalent, i es considera que les vacunes monovalents VOP1 i VOP3 tendran una importància capital en les darreres fases de l'eradicació.

Pel que fa a la cobertura de vacunació mundial (dades de 2005, OMS), calculada com el percentatge d'infants amb les tres dosis de vacuna oral (VPO) de la sèrie primària, ha estat del 78%, pràcticament igual que al 2004. La del 1988, a l'inici del Pla, era del 22%. Les diferències entre les diferents regions de l'OMS són considerables: La Regió Europea al 2005

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

tenia una cobertura del 95%, amb un punt de partida molt bo ja al 1980, amb el 82%. La situació a les Amèriques és similar, amb cobertures un poc més baixes. La Regió del Sud-Est Asiàtic va tenir la cobertura més baixa, del 65%, i pràcticament no ha variat des del 1980, mentre que l'Africana, amb la pitjor situació de partida, ha assolit una cobertura del 69%.

El Pla d'eliminació de la polio exigeix mantenir uns criteris de qualitat del sistema de vigilància epidemiològica que assegurin la detecció de tots els casos de polio, tant autòctons com importats i tant per virus salvatge com per soques vacunals. Així, per assegurar que es detecta qualsevol cas de polio, la vigilància de la malaltia exigeix la declaració urgent i la investigació epidemiològica, clínica i etiològica de tots els casos de paràlisi flàccides agudes (PFA) a menors de 15 anys. Per complementar la declaració s'han implementat sistemes de recerca activa de casos. Un és el "registre de zero casos" que consisteix en un contacte telefònic mensual amb tots els hospitals la qual cosa permet una recuperació precoç dels casos no declarats i fer una investigació ni que sigui parcial. L'altre sistema és la recerca sistemàtica del CMBD dels hospitals públics, que a les Illes Balears es fa de la mateixa manera que per a la resta de malalties de declaració nominal. Per complir un dels criteris de qualitat establerts per l'OMS, s'ha de detectar un cas de PFA per 10⁵ nins menors de 15 anys, que és la taxa estimada d'aquesta síndrome a infants.

A Espanya durant l'any 2006 es varen notificar 42 casos de PFA i 2 més a la recerca activa. La taxa detectada ha estat de 0,69, amb diferències notables entre comunitats. S'ha de tenir en compte que les taxes a les comunitats més petites són molt variables, i no es pot avaluar correctament si només es considera la taxa d'un any.

A les Illes Balears, durant l'any 2006 se n'han detectat dos casos. El primer era una nina de 3 anys que després d'un període prodròmic amb febre, irritabilitat, símptomes respiratoris, miàlgies i prostració va desenvolupar una tetraparèsia ascendent d'evolució ràpida (menys de 24 hores). La nina estava correctament vacunada per l'edat, li havien administrat la darrera dosi al 2004 (aquesta ja inactivada), no tenia antecedents de contactes recents amb vacunats amb VOP ni de viatges a zones amb circulació del virus salvatge. Tot i que el cas no es va notificar fins als 7 dies després de l'ingrés al Servei de Pediatria de l'Hospital Son Dureta, es varen poder recollir mostres clíniques dins el període de 14 dies establert pel Pla (dues mostres de femta, una d'exsudat faringi i una de LCR), totes negatives a Poliovirus. La serologia era positiva a adenovirus i a Coxsackie. Als 60 dies la paràlisi seguia una evolució favorable, tot i que no s'havia resolt completament. El diagnòstic definitiu va ser de mielitis difusa.

El segon cas era una nina de 16 mesos. Havia estat ingressada a una clínica privada a l'inici de símptomes, i el cas no va ser comunicat fins que, un mes després, va acudir al Servei de Pediatria de l'Hospital Son Dureta, per la qual cosa la investigació no es va poder dur a terme dins les dues setmanes posteriors a l'inici de la paràlisi. La nina havia rebut les tres dosis de vacuna injectada que li corresponien per l'edat, no tenia antecedents de contactes amb vacunats recentment amb VOP ni havia viatjat. La simptomatologia va començar amb un quadre de febre, irritabilitat, símptomes respiratoris i dolor abdominal. La paràlisi afectava de forma simètrica a les extremitats superiors, i es va instaurar per complet en 12 dies. Les mostres de femta, LCR i exsudat faringi per la investigació de poliovirus es varen recollir 5 setmanes després de l'inici de la paràlisi, i varen resultar negatives.

Durant el primer ingrés s'havia fet una PCR de LCR, amb resultat positiu a enterovirus. Als 60 dies no hi havia paràlisi residual, i el diagnòstic definitiu va ser una síndrome de Guillain-Barré. De 1998 a 2006 els casos de PFA detectats a les Illes Balears oscil·len entre el zero casos de 1998 i de 2003 i els 4 de 2000. La taxa màxima va ser de 3,06 casos per 100.000 infants menors de 15 anys, a l'any 2000. A una població tan petita és d'esperar que una malaltia de tan baixa incidència es presenti irregularment i això justifica les oscil·lacions de la taxa. En el període de vigilància (1998-2006) el total de casos detectats ha estat de 13, i la taxa global de període d'1,01 per 10⁵ menors de 15 anys, és a dir, que globalment la taxa és l'esperada. A la taula 50 es mostren les característiques dels casos detectats en el període i les fonts d'informació.

Sistema d'Informació sobre sida-vih

a) Sistema d'Informació de Noves Infeccions pel virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Durant l'any 2003 es va publicar a la nostra Comunitat Autònoma el Decret 19/2003 pel qual es crea el Sistema d'Informació de Noves Infeccions pel virus de la immunodeficiència humana (VIH). Des de l'entrada en vigor d'aquest text legal i fins el moment d'elaborar aquest informe, s'han donat d'alta al sistema un total de 327 protocols de nous diagnòstics d'infecció per VIH a persones amb residència habitual a les Illes Balears en el moment del diagnòstic. Dels 327 casos, 274 corresponen a Mallorca, 21 a Menorca i 32 a Eivissa. La distribució per any reflecteix 75 diagnòstics a l'any 2003, 85 al 2004, 98 al 2005 i 69 al 2006, encara que especialment aquesta darrera data pot presentar variacions per retard de les notificacions o per la recerca activa continuada.

Dels 327 casos, només 2 són d'edat pediàtrica i la mitjana d'edat de la resta de casos és de 37,9 anys (rang 19-78). 247 casos (75,5%) són homes i tenen una edat mitjana de 39,1 anys. 80 casos (24,5%) corresponen a dones amb una edat mitjana de 34 anys.

Respecte de la distribució per categories de transmissió cal destacar que el primer grup en importància és el de la transmissió heterosexual (123 casos; 37,6%). A la categoria homosexual corresponen un 20,5% i a la d'UDVP un 15,9%. A un 25,1% dels casos no es coneix la categoria de transmissió.

A la taula 51 figuren les fonts d'informació que han aportat casos al sistema. Part dels casos –concretament un 33%– són en realitat subnotificats que s'han detectat per recerca activa, la majoria a través de la revisió del CMBD i part a partir de la revisió de dades dels laboratoris d'hospitals públics. La majoria del casos subnotificats corresponen a l'Hospital Son Llàtzer (66 casos) encara que també s'han detectat subnotificacions de Son Dureta (29 casos), C. Rotger (2 casos) i H. Manacor (3 casos), H. Creu Roja (1 cas) i H. Can Misses (7 casos).

b) Registre de sida

Respecte al registre de sida, cal explicar que s'inclou en aquest informe les dades acumulades i actualitzades a 31 de desembre de 2006. Igualment cal destacar que els registres de sida, tant el nacional com els autonòmics, assignen la residència dels casos

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

segons el lloc on s'han iniciat els símptomes de la malaltia indicativa, i que per tant no té perquè coincidir ni amb el lloc on han adquirit la infecció ni amb el lloc on s'ha diagnosticat. Així, i amb dades consolidades a finals del 2006, el nombre de casos acumulats de sida a les Illes Balears és de 2.236. 38 casos (1.7 %) són d'edat pediàtrica i 1.749 casos (78.2 %) són homes.

La taxa de l'any 2004 queda en 86,9 per milió (12 punts més que la de l'any 2003; 83 casos), la del 2005 en 82,4 per milió (81 casos) i la del 2006 en 43 per milió (43 casos) encara que aquestes dades, especialment les de l'any 2006 s'han de considerar provisionals.

Per illes, Mallorca acumula 1.812 casos (81% del total), mentre que Eivissa-Formentera n'acumula 289 (12,9%) i Menorca 116 (5,2%). No s'ha pogut assignar illa de residència als 19 casos que resten. Mallorca queda a l'any 2005 amb una taxa de 90 per milió (70 casos), Menorca amb 46,1 (4 casos) i les Pitiüses amb 59 (7 casos).

Encara que a properes actualitzacions les dades del 2006 poden canviar, es pot apuntar que de moment les taxes per aquest any són respectivament de 45, 34 i 33.

A la figura 35 es mostra l'evolució anual de les taxes per illes amb un clar patró descendent a partir de la meitat de la dècada dels 90.

Per edat, quasi la meitat del total dels casos (1.022; 45,7%) tenen edats entre 30 i 39 anys. En els darrers anys es manté la disminució de taxes de tots els grups. Les taxes de entre 30 i 39 anys són les més altes en els darrers anys (figura 36).

La categoria de transmissió més freqüent és la d'UDVP (1.101 casos; 49,2%) seguida de la categoria homosexual (450; 20,1%). A la categoria heterosexual li corresponen 436 casos (19,5%). A la figura 37 es mostra l'evolució anual del percentatge de casos per les categories de transmissió més importants i on es veu el canvi de patró que es verificà a mitjans dels anys 90. A partir d'aquest moment, la categoria heterosexual adquireix més rellevància i passa a ocupar el segon lloc en importància seguida de la categoria homosexual. La categoria UDVP segueix essent la primera en importància.

La malaltia indicativa (primera malaltia indicativa diagnosticada) més freqüent als adults és la Pneumònia per *Pneumocystis carinii*, diagnosticada a un 27,9% dels casos no pediàtrics, seguida de la tuberculosi extrapulmonar o disseminada (17,9%) i de la candidiasi esofàgica (16,1%). Als casos d'edat pediàtrica l'entitat més freqüent és la de "Múltiples infeccions bacterianes" (37,5%).

Respecte a la situació de les Illes Balears en relació a altres comunitats cal destacar que, segons càlculs del Centre Nacional d'Epidemiologia, a l'any 2005 Balears queda amb una taxa de 83,6 casos per milió que és la més alta entre totes les comunitats autònomes. A l'any 2006, i encara que s'han de tenir en compte possibles variacions pel retard de les notificacions, la taxa més alta és la del País Basc (53,2) seguida de la de Melilla (44,9) i de la de les Illes Balears (43,3).

S'ha de destacar que totes les Comunitats Autònomes disminueixen la taxa de l'any 2006 respecte de la del 2005, i que les Illes Balears és la Comunitat que més la disminueix, -40 punts (figura 38). De totes maneres, s'ha d'insistir en la provisionalitat d'aquestes dades.

Finalment, i respecte de les fonts d'informació, cal ressaltar que la sida és una malaltia amb una vigilància epidemiològica fonamentalment enfocada a l'àmbit hospitalari. L'hospital Son Dureta, i concretament el Servei de Medicina Interna és la font d'informació que més casos ha notificat (1.098 casos; 49,11%) –pràcticament la meitat dels casos acumulats- mentre que l'hospital Can Misses i l'hospital General acumulen més d'un 20% de les comunicacions (taula 52). Cal destacar en aquest marc d'anàlisi de les fonts, que aproximadament un 20% dels casos acumulats s'han incorporat per recerca activa i no per la notificació de les fonts, és a dir que tot i la col·laboració dels hospitals, es manté cert nivell de subnotificació. En els anys 2004 a 2006 s'ha detectat la subnotificació d'aproximadament 80 casos.

Pla d'eliminació del xarampió

El xarampió està sotmès a un Pla d'eliminació impulsat per l'OMS, i iniciat a la Regió Europea al 1998. L'objectiu era eliminar la circulació del virus indígena al 2005, a través d'una sèrie d'intervencions que assegurin, per una banda, una taxa d'immunes òptima, i per l'altra, un reforç de la vigilància i control de la malaltia.

Dins aquest context, a les Illes Balears es varen iniciar actuacions a l'any 2000 tant dins l'àmbit de l'estratègia de vacunació com de la vigilància epidemiològica de la malaltia.

Quant a la vigilància, es va establir legalment la urgència de la declaració per tal de poder investigar correctament tots els casos, obtenir un diagnòstic de confirmació de totes les sospites clíniques, i implementar estratègies d'intervenció per evitar l'extensió de la malaltia. Així mateix, la vigilància és útil per detectar agrupacions de susceptibles i informar-ne als planificadors de la vacunació.

A l'any 2006 hi ha hagut un cas de xarampió, declarat pel Servei de Microbiologia de l'Hospital Son Dureta. Es tractava d'una dona de 24 anys que havia ingressat al Servei de Medicina Interna amb exantema i febre i es va diagnosticar per serologia (IgM positiva). Havia rebut una sola dosi de vacuna als 11 anys d'edat, al 1991, però no la dels 15 mesos, cosa freqüent en els nascuts entre la introducció de la vacuna i el 1985. La malalta va patir una complicació, una neuritis òptica bilateral que va evolucionar favorablement. Pel que fa al control de contactes, es varen revisar els antecedents de malaltia i vacunació dels domiciliaris i dels amics amb qui havia tengut contacte durant el període d'incubació i es va recomanar completar la vacunació a aquells a qui estava indicada. El Servei de Medicina Preventiva de l'hospital va investigar els contactes hospitalaris, que eren tots adults nascuts abans de la introducció de la vacuna. Els contactes laborals hospitalaris (en total 103) els va investigar el Servei de Prevenció de Risc Laboral, amb revisió de les fitxes de salut laboral (situació immunològica, antecedents de malaltia i vacunació) i recomanació de vacunar als 20 que es consideraren potencialment susceptibles.

A la figura 39 es presenta l'evolució de la taxa de xarampió des de l'any 1997, any en què va passar a ser una malaltia sotmesa a declaració únicament numèrica (és a dir, sense informació epidemiològica sobre els malalts), a individualitzada, amb informació clínica, epidemiològica i microbiològica.

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Des de l'inici del Pla fins a l'any 2006, se n'han detectat 27 casos, les característiques epidemiològiques dels quals corresponen al patró de la població susceptible. Tots pertanyen a grups etaris que no han estat exposats a una circulació important del virus com estaven els majors abans de la introducció de la vacuna. El 44,4% eren dones, la mitjana d'edat era de 14,8 anys, el 25,9% infants fins als 15 mesos d'edat, moment de l'administració de la primera dosi i el 55,6% havien nascut abans del 1985, any en què la implantació de la vacuna ja era bona. És a dir, que el 81,5% dels malalts pertanyen als grups d'edat amb major proporció de susceptibles. També cal destacar que el 70,4% dels casos eren prevenibles, és a dir, persones que complien els criteris d'indicació de vacunació ja sigui per les recomanacions generals com per algun factor específic, com haver estat contacte de malalt, haver estat un susceptible en el context d'un brot o ser professional sanitari. A la taula 53 es resumeixen les principals característiques dels malalts.

A Espanya tots els indicadors avalen la hipòtesi de la interrupció de la circulació de xarampió autòcton: s'ha comprovat la interrupció de la transmissió durant períodes superiors al màxim període d'incubació, la taxa de reproductivitat és baixa ($R < 1$), els genotips identificats de casos primaris des de l'inici del Pla presenten gran variabilitat i la cobertura de vacunació és molt bona, una de les més altes d'Europa, mentre que països de l'Europa occidental com Alemanya, Regne Unit i, sobretot, a Itàlia, la cobertura és més deficient, i més encara en els països de l'Europa de l'est. Per tant, i malgrat la bona cobertura, es manté la probabilitat de presentació de brots originats a partir de casos importats, tant per turistes com per població immigrant, tal com s'ha observat durant l'any 2006 a diverses comunitats autònomes, a les quals se n'han detectat 8 brots: un a La Rioja, associat a un genotipus, el D6, igual a l'identificat a un brot anterior a Ucraïna, un a la comunitat de Madrid i un a la de las Palmas importats del Regne Unit i tots dos amb el genotipus B3, dos a la comunitat Valenciana, el primer associat al de Madrid (genotipus B3) i el segon d'origen desconegut i amb genotip D6, un a Tenerife importat d'Alemanya per turistes (genotipus D6) i un a Barcelona importat de Romania (genotipus D4).

6. Brots epidèmics

6.1.- Brots de transmissió alimentària

A l'any 2006 s'han notificat 23 brots d'origen alimentari (set menys que la mediana del quinquenni anterior), 17 dels quals corresponen a Mallorca, 3 a Menorca i 3 a les Pitiüses. Mallorca ha presentat 6 brots menys que la mediana, les Pitiüses n'han presentat un menys mentre que Menorca té el mateix nombre de brots que la seva mediana (figura 40).

Dels 23 brots, 20 han estat col·lectius i la resta han afectat a àmbits familiars. No s'ha detectat cap brot d'afectació poblacional. A la taula 54 es mostra el perfil epidemiològic complet dels brots de l'any 2006 incloent l'origen (alimentari o hídic) i l'etiologia (infecciosa o tòxica).

El total d'afectats ha estat de 119 i la mediana d'afectats del quinquenni anterior és de 376. El brot amb major nombre d'afectats n'ha presentat 15 i correspon a una afectació per Salmonel·la associada al consum de productes de pastisseria. Un total de 5 brots han estat de només 2 afectats. S'han verificat 23 ingressos hospitalaris i cap defunció. Per la investigació dels 23 brots s'han realitzat un total de 127 enquestes individualitzades.

Dels 23 brots, 20 tenen un origen alimentari i de 3 no es va poder determinar l'origen. Destaca que no es va detectar cap brot d'origen hídic. El percentatge de brots transmesos per aliments és del 87%. En els darrers anys aquest xifra està entre 88% i 97%.

Els aliments implicats en els 20 brots d'origen alimentari varen ser els elaborats amb ou cru o poc cuit (5 brots), peix i marisc (2 brots), productes de rebosteria o pastisseria (1 brot), carn o embotits (1 brot) i conserves industrials (1 brot). Dos brots es van associar al consum de més d'un aliment i a 8 brots no es va poder identificar un aliment associat.

Respecte de l'etiologia, a l'any 2006, va ser infecciosa en 18 del 23 brots, va ser tòxica a 3 brots mentre que a 2 brots no es va poder verificar el tipus de què es tractava.

Dels 18 brots d'etiologia infecciosa, a 10 es va poder fer l'aïllament d'agent causal (tots per

Salmonel·la). A dos dels 8 brots infecciosos sense identificació d'agent, hi havia elements clínics i epidemiològics que permeten sospitar d'infecció per *Bacillus Cereus* i a un altre per *Stafilococ*.

Des de l'any 1988, s'han detectat 636 brots d'etiologia infecciosa, dels quals 353 (55,5%) han estat per *Salmonel·la* i 31 (4,9%) per altres microorganismes, mentre que a la resta (252; 39,6%) no s'ha pogut aïllar un germen causal.

A l'any 2006 s'han detectat un total de 10 brots per *Salmonel·la*. Aquests 10 brots representen el 55,6% dels brots infecciosos. A la figura 41 es representen el nombre de brots des de l'any 1988 segons el microorganisme identificat.

A dos dels tres brots d'etiologia tòxica de l'any 2006 es va poder identificar l'agent causal (histamina). Al tercer brot –encara que no es va poder demostrar– es sospita també que l'agent causal va ser la histamina.

Globalment (inclosos tots els brots tan infecciosos com tòxics o d'etiologia no coneguda), el percentatge dels brots en què es pogué identificar l'agent per proves de laboratori va ser del 52,2%, una proporció més baixa que la mitjana del període 2001-2005 (56,7%) però dins del rang d'aquests cinc anys, 51,9% a 64,9% (taula 55).

Respecte dels factors contribuents, cal destacar que a 17 dels 20 brots d'origen alimentari associats a establiments col·lectius es van detectar al menys un factor contribuent. Els factors detectats amb més freqüència van ser el de possibles contaminacions creuades (8 brots) i la deficient higiene de locals (7 brots). A un dels brots es varen detectar factors de risc associats a la xarxa interna d'aigües (taula 56).

La principal font d'informació en els 23 brots de l'any 2006 han estat els afectats (9 brots), hospitals (6 brots) i la xarxa d'atenció primària de l'IB Salut (5 brots). A la taula 57 es presenta la distribució de la notificació per tipus de font i a la taula 58 es concreten els notificadors de cada brot juntament amb altres variables bàsiques.

6.2.- Brots de transmissió no alimentària

Dins aquest epígraf s'agrupen tots els brots que es transmeten per mecanismes diferents a l'alimentari o hídic. Inclouen brots per ingesta accidental d'agents tòxics o infecciosos que no estassin presents com contaminants d'aliments o de begudes, com la ingesta accidental d'aigua de piscina contaminada, així com les intoxicacions per medicaments i substàncies psicoactives.

A l'any 2006 s'han detectat 31 brots no alimentaris, 27 a Mallorca, 1 a Menorca i 3 a les Pitiüses, amb un total de 495 afectats. El promig és de 16 afectats per brot, i el rang va de 2 a 75 malalts. En comparar el nombre de brots amb la mitjana del quinquenni anterior resulta un índex epidèmic d'1,63, més alt de l'esperat. A la figura 42 es mostra la sèrie temporal del període 1997-2006.

El mecanisme de transmissió més freqüent és el respiratori, amb 17 brots (10 eren microepidèmies de tuberculosi d'àmbit familiar-domiciliari), seguit del fecal-oral, amb 10 brots, el directe persona a persona, amb 2 brots i la via sexual amb un brot. A un brots es desconeix el mecanisme de transmissió.

Tant l'etiologia com la forma clínica de presentació d'aquests brots són diverses, tal com es veu a la taula 59. La gastroenteritis, amb 12 brots, i la tuberculosi, amb 10, són les malalties responsable de més brots. S'han detectat 3 brots d'escarlatina, 2 de sarna, un de parotiditis, un d'uretritis gonocòccica, un d'intoxicació aguda per clorpirifos (producte organo fosforat que es va utilitzar sense les condicions adequades de ventilació) i un de grip. Pel que fa al nombre d'afectats, 495 en total, els brots de gastroenteritis són responsables de 169 malalts, el 65,5% del total, els sarna del 15,% (un d'ells, amb 65 afectats, a una residència geriàtrica), i el brot de grip (17,3%).

En comparar amb el quinquenni anterior (2001-2005), es veu que no hi ha hagut variacions respecte a les malalties més freqüents (tuberculosi i gastroenteritis), es veu també que els brots d'escarlatina i de parotiditis són constants en els darrers anys, i que la resta són brots d'etiologia i formes de transmissió molt diverses.

Pel que fa als col·lectius afectats, destaca l'augment de brots en l'àmbit de l'assistència socio sanitària (residències, centres de dia i hospitals), en total 10 al 2006 i el 63% dels casos. Eren 7 de gastroenteritis aguda vírica de transmissió fecal-oral amb un total de 233 malalts, dos de sarna amb 75 afectats i un de tuberculosi amb 3 casos.

7. Casos importats

Durant l'any 2006 s'han detectat 48 casos importats de diverses malalties de declaració obligatòria, és a dir, casos que s'han catalogat com adquirits fora de la nostra Comunitat Autònoma, i això independentment de la residència habitual dels malalts. Aquests casos no estan inclosos en els comentaris ni a les dades que apareixen als epígrafs anteriors.

Les malalties importades més notificades a l'any 2006 són paludisme (24 casos) i tuberculosi (11 casos). A la taula 60 apareixen la distribució dels casos notificats per cada font d'informació.

Han notificat casos importats els centres de salut del Coll den Rebassa, CS Son Pisà, CS Pere Garau i CS Santanyí. També han notificat casos els següents hospitals: Policlínica Miramar (Laboratori de Microbiologia i M. Interna), Son Dureta (M. Interna i Pneumologia), C. Juaneda (Pneumologia), Son Llätzer (UCI, M. Interna i Pediatria), H. Alcúdia (UCI), H. Verge de Montetoro (Urgències, M. Interna i Pneumologia), C. Femenia (UCI), Can Misses (M. Interna, Digestiu i UCI), C. Palma-Planas (Pediatria) i H. Manacor (Pediatria i M. Interna).

Aquesta informació inclou casos que s'han detectat per recerca activa: 14 casos de paludisme (7 de M. Interna de Son Llätzer, 6 de M. Interna de Son Dureta i 1 de M. Interna de l'hospital de Manacor), 3 de tuberculosi (M. Interna de Son Dureta, M. Interna de Can Misses i UCI de Can Misses), 1 cas leishmaniosi (M. Interna de Son Dureta), 1 cas de febre tifoide (M. Interna de Can Misses) i finalment 1 cas de disenteria bacil·lar (M. Interna de l'hospital de Manacor).

Respecte al perfil epidemiològic dels 48 casos (taula 61) cal destacar que presenta una distribució condicionada pels 24 casos de paludisme dels quals 17 s'han catalogat com VFR,s (Visiting Friends or Relations) és a dir que han afectat a immigrants que una vegada establerts a la nostra Comunitat han tornat al seu país d'origen per visitar a la família. S'han detectat 6 casos a residents habituals a les Illes Balears després de viatges turístics (3 casos de disenteria bacil·lar, 1 de legionel·losi i 2 de Paludisme).

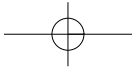
A la taula 62 es mostra la distribució de les malalties segons el lloc més probable d'adquisició. Els països amb més casos són Nigèria (9 casos de paludisme) i Senegal (5 de paludisme).

Els casos importats recollits pel sistema entre els anys 1990 i 2006 han estat 484 dels quals 215 (43,4%) són paludisme, 106 (21,9%) tuberculosi i 54 (12,2%) meningitis meningocòccica.

La notificació de casos importats va ser quasi anecdòtica fins l'any 1997 en què es declaren 29 casos i comença una tendència anual moderadament ascendent i que s'estabilitza en els darrers anys i amb un màxim de 60 casos al 2001. En els quatre darrers anys es comuniquen entre 40 i 50 casos anuals aproximadament (figura 43). Respecte concretament del paludisme, en els darrers anys es declaren quasi cada any entre 20 i 25 casos mentre que de tuberculosi se'n declaren un promig d'11 casos anuals (figura 44).

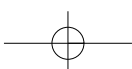
ÍNDIX DE TAULES

Taula	Pag.
1 Malalties de declaració obligatòria i tipus de notificació	53
2 Nombre de protocols numèrics processats per tipus de font. Anys 2005-2006	54
3 Nombre de protocols individualitzats processats. Anys 2004-2006	54
4 Atenció Primària. Nombre de notificacions i resposta en la tramesa de protocols. Distribució per tipus de font (pediatria, metges de família). Anys 2001-2006	54
5 Atenció Primària. Resposta en la tramesa de protocols. Distribució per illes. Anys 2001-2006	55
6 Atenció Primària. Resposta en la tramesa de protocols per centre de salut. Anys 2005-2006	56
7 a Casos notificats per hospitals	57
7 b Casos notificats per hospitals	57
8 Subnotificació hospitalària. Anys 2003-2006	58
9 a Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària	58
9 b Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària	59
10 a Notificacions d'altres fonts	60
10 b Notificacions d'altres fonts	60
11 Protocols numèrics. Retard per tipus de font d'informació. Anys 2003-2006	60
12 Protocols numèrics: Retard per illes. Anys 2003-2006	61
13 Protocols numèrics: Retard per centre de salut. Anys 2005-2006	61
14 Malalties de declaració obligatòria. Casos per illa i Palma. Índex Epidèmic Acumulat	62
15 Malalties de declaració obligatòria. Taxes per illa i Palma	63
16 a Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	64
16 b Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	65
16 c Malalties de declaració obligatòria. Casos per zona bàsica	66
17 Diarrea infecciosa aguda. Casos quadrisetmanals. Taxa global. Distribució per illa i Palma	67
18 Febre exantemàtica mediterrània. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 1997-2006	67
19 Febre recurrent per paparres. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 1997-2006	67
20 Grip. Casos quadrisetmanals. Taxa global. Distribució per illa i Palma	68
21 Sífilis. Casos i taxes per illa. Anys 1997-2006	68
22 Varicel·la. Casos quadrisetmanals. Taxa global. Distribució per illa i Palma	68
23 Hepatitis A. Casos per grups d'edat i sexe	69



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

24	Hepatitis B. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades	69
25	Altres tipus d'hepatitis. Casos per illa. Casos per tipus d'hepatitis. Anys 1997-2006	69
26	Legionel·losi. Casos per grups d'edat i sexe	69
27	Legionel·losi. Confirmació de laboratori. Mètode de confirmació. Anys 1999-2006 ..	70
28	Legionel·losi. Casos per illa. Anys 1997-2006	70
29	Leishmaniosi. Resum de variables dels casos per tipus de leishmaniosi	70
30	Malaltia meningocòccica. Casos quadrisetmanals. Taxa global. Distribució per illa i Palma	71
31	Malaltia meningocòccica. Casos i taxes per illa. Anys 1997-2006	71
32	Malaltia meningocòccica. Casos per sexe i grups d'edat. Taxes per grup d'edat ..	72
33	Malaltia meningocòccica. Confirmació analítica i serogrup. Anys 1997-2006	72
34	Malaltia meningocòccica. Distribució de serogrupos per grup d'edat	72
35	Malaltia invasora per <i>Haemophilus influenzae</i> . Resum de variables. Anys 1997-2004	73
36	Parotiditis. Taxes per illa. Anys 1997-2006	73
37	Parotiditis. Casos i taxes per grup d'edat. Casos per sexe. Estat vacunal per grup d'edat	73
38	Rubèola. Casos i taxes per illa. 1997-2006	74
39	Tètan. Resum de variables. Anys 1997-2002	74
40	Tos ferina. Casos per illa. Anys 1997-2006	74
41	Tuberculosi respiratòria. Casos quadrisetmanals. Taxa global. Distribució per illa i Palma	75
42	Tuberculosi respiratòria. Casos i taxes per sexe i grup d'edat	75
43	Tuberculosi respiratòria. Confirmació analítica. Anys 1997-2006	75
44	Tuberculosi respiratòria. Prevalença de factors de risc. Anys 2001-2006	76
45	Tuberculosi no respiratòria. Casos i taxes per illa i Palma. Anys 1997-2006	76
46	Tuberculosi no respiratòria. Casos i taxes per sexe i grup d'edat	76
47	Tuberculosi no respiratòria. Confirmació analítica. Anys 2001-2006	76
48	Tuberculosi no respiratòria. Prevalença de factors de risc. Anys 2001-2006	77
49	Malaltia de Creutzfeldt-Jakob. Casos anuals. Anys 1993-2006	77
50	Paràlisi flàccida aguda. Característiques dels malalts. Període 1998-2006	78
51	Nous diagnòstics de VIH. Fonts d'informació (casos acumulats anys 2003-2006) ...	78
52	Sida. Fonts d'informació (casos acumulats des de l'any 1983)	79
53	Xarampió. Resum de variables dels casos. Anys 2000-2006	79
54	Brots de transmissió alimentària. Perfil epidemiològic complet	79
55	Brots de transmissió alimentària. Etiologia. Agents identificats. Anys 1998-2006 ..	80
56	Brots de transmissió alimentària. Brots col·lectius. Factors contribuents	80
57	Brots de transmissió alimentària. Tipus de fonts d'informació	81
58	Brots de transmissió alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot ..	81
59	Brots de transmissió no alimentària. Notificadors i altres variables bàsiques de cada brot ..	82
60	Casos importats. Distribució per malaltia i notificador	83
61	Casos importats. Tipologia de cas segons malaltia	83
62	Casos importats. Lloc més probable d'adquisició de la malaltia	84



Taula 1.- Malalties de declaració obligatòria (MDO) a les Illes Balears (per ordre alfabètic) i tipus de notificació

	Numèrica	Nominal	Urgent
Botulisme	X	X	X
Brucel·losi	X	X	
Carboncle	X	X	
Còlera	X	X	X
Diarrea aguda	X		
Diftèria	X	X	X
Disenteria bacil·lar	X	X	
Febre exantemàtica	X		
Febre groga	X	X	X
F. recurrent paparres	X		
F. tifoide i paratifoide	X	X	
Grip	X		
Hepatitis A	X	X	
Hepatitis B	X	X	
Hepatitis víriques, altres	X	X	
Infecció gonocòccica	X		
Leishmaniosi	X	X	
Legionel·losi	X	X	
Lepra	X	X	
M. Creutzfeldt-Jakob		X	
M. invasiva per <i>Haemophilus</i>	X	X	X
Malaltia meningocòccica	X	X	X
Paludisme	X	X	X
Parotiditis	X	X	
Pesta	X	X	X
Poliomielitis	X	X	X
Ràbia	X	X	X
Rubèola	X	X	
Rubèola congènita	X	X	
Sida- Infecció per VIH		X	
Sífilis	X		
Sífilis congènita	X	X	
Tètan	X	X	
Tètan neonatal	X	X	
Tífus Exantemàtic	X	X	X
Tos ferina	X	X	
Triquinosi	X	X	
Tuberculosi respiratòria	X	X	
Tuberculosi, altres formes	X	X	
Varicel·la	X		
Xarampió	X	X	X

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 2.- MDO a les Illes Balears, 2005-2006. Nombre de protocols numèrics processats per tipus de font

tipus de fonts d'informació	2005		2006	
	núm. de declarants	comunicats rebuts	núm. de declarants	comunicats rebuts
metges de família AP	471	15.504	477	16.156
pediatres AP	130	3.838	135	4.009
total A.P. (excl. M. reforç)	601	19.342	612	20.165
metges reforç AP	2	23	6	37
residències tercera edat	24	28	24	3
hospitals	20	289	20	228
xarxa privada i altres	42	333	43	299
total	689	20.015	705	20.732

Taula 3.- MDO a les Illes Balears, 2004-2006 Nombre de protocols individualitzats processats

2004	554
2005	879
2006	390

Taula 4.- MDO a les Illes Balears. Resposta d'Atenció Primària en la tramesa setmanal de protocols. Comparació amb anys anteriors

	Mediana 2000-2005	2005	2006
	nombre de protocols rebuts		
Metges de família	15.137	15.504	16.156
Pediatres	3.732	3.838	4.009
Total Atenció Primària	18.869	19.342	20.165
	percentatge de protocols rebuts respecte als esperats		
Metges de família	63,3	63,3	65,1
Pediatres	56,8	56,8	57,1
Total Atenció Primària	61,9	61,9	63,4

Taula 5.- MDO a les Illes Balears, 2006. Resposta en la tramesa de protocols des d'Atenció Primària per illes. Comparació amb anys anteriors.

		Metges de família	Pediatres	Total
		%	%	%
Mallorca	Mediana 2001-2005	62,0	57,5	60,8
	2006	62,5	55,5	61,0
	2006 vs 2005	2,2	0,2	1,8
Menorca	Mediana 2001-2005	60,8	48,6	57,2
	2006	65,7	54,4	63,0
	2006 vs 2005	-1,5	5,8	-0,1
Pitiüses	Mediana 2001-2005	76,9	60,8	74,0
	2006	82,9	72,9	81,0
	2006 vs 2005	1,2	-3,0	0,5
Total	Mediana 2001-2005	63,3	56,8	61,9
	2006	65,1	57,1	63,4
	2006 vs 2005	1,8	0,3	1,5

%%: Percentatge de cobertura (protocols rebuts respecte a esperats)

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 6.- MDO a les Illes Balears, 2005-2006. Resposta en la tramesa de protocols setmanals des d'Atenció Primària per zona bàsica. Ordenació per percentatge de resposta total de l'any 2006

Centre de Salut	% total 2006	2006vs2005	MF % 2006	2006vs2005	PED % 2006	2006vs2005
Alcúdia	94,7	4,5	94,2	4,7	96,2	3,8
Son Pisà	91,6	-7,3	90,2	-8,8	96,8	-1,9
Son Ferriol	91,1	-5,3	91,3	-5,4	90,4	-4,8
Son Cladera	88,7	-0,2	87,1	-4,9	94,2	16,3
Es Viver	88,7	-3,3	93,6	-3,8	70,2	-2,9
Serra Nord	87,0	-3,6	86,3	-3,4	92,3	-5,8
Rafal Nou	86,1	1,1	85,6	1,8	87,5	-1,0
Valldargent	85,2	-0,2	84,6	-1,0	87,5	2,9
Es Trencadors	85,0	0,8	94,5	2,2	62,8	-2,6
Camp Rodó	84,4	3,5	83,9	1,3	86,1	10,6
Formentera	83,7	5,3	83,7	5,3	-	-
Ferrerries	83,0	7,1	83,7	-2,4	81,7	26,0
Sta. Eulària	83,0	-0,8	81,5	-1,0	88,5	0,6
Santanyí	82,4	7,1	80,8	6,9	90,4	7,7
Pere Garau	81,8	6,5	82,1	2,1	80,8	24,4
Llucmajor	76,9	4,6	82,9	4,3	52,9	5,8
Pollença	76,9	0,6	76,7	1,0	77,9	-1,0
Coll d'en Rabassa	76,8	-11,5	81,7	-5,0	62,0	-31,3
Sant Antoni	75,8	1,5	77,1	4,5	70,5	-10,3
Can Misses	74,3	2,8	76,8	3,3	63,5	0,6
Felanitx	73,4	13,5	71,4	13,7	82,7	12,5
Ciutadella	68,1	-1,2	65,1	-4,3	81,4	12,2
Sta. Maria	65,4	-4,8	68,6	-3,5	55,8	-8,7
Sta. Catalina	65,2	-11,2	61,8	-14,5	80,8	3,8
Marratxí	64,0	6,2	65,4	6,3	59,0	5,8
Tramuntana	61,5	11,5	58,0	5,8	82,7	46,2
S'Arenal	61,3	8,5	57,4	11,5	75,0	-1,9
Marines Muro	60,5	-7,0	67,3	-8,4	42,3	-3,2
Son Gotleu	60,3	4,1	59,8	1,1	62,0	13,0
D.S.Joan. Maó	58,7	-1,5	65,9	0,8	36,9	-6,2
Son Serra	58,4	-4,2	57,2	-5,9	63,5	3,2
A. Bennàssar	57,7	17,5	60,1	17,9	48,6	15,9
Emili Darder	57,5	1,9	56,7	0,0	60,3	8,3
Nuredunna Artà	55,8	-0,4	51,0	-1,4	75,0	3,8
Andratx	55,4	21,2	49,0	20,7	80,8	23,1
Vilafranca	53,6	-2,7	61,5	-2,9	33,7	-2,4
S'Escorxador	52,0	2,2	57,1	5,2	37,7	-6,2
Es Banyer Alaior	50,7	0,0	54,5	-1,6	39,4	4,8
Es Pla Sineu	50,2	0,7	66,5	-0,8	23,1	3,2
Escola Graduada	46,7	1,6	50,4	1,0	34,6	3,8
Xaloc Campos	44,8	6,9	33,5	8,1	73,1	3,8
Manacor	44,4	5,1	53,2	9,3	14,6	-5,1
Llevant	42,9	8,3	56,2	14,1	3,2	2,2
T. S. Miquel	42,1	-1,6	40,6	0,2	53,8	-19,2
Binissalem	41,2	-11,2	45,9	-13,7	25,0	23,1
Calvià	37,1	2,2	43,8	1,0	14,2	7,7
C.Mar Ponent	35,7	6,8	31,6	11,0	57,7	-12,8
Capdepera	29,7	-4,1	34,6	-4,2	0,0	-3,8
Inca	21,1	-0,2	17,6	4,7	32,1	-14,1
Total	63,4	1,5	65,1	1,8	57,1	0,3

MF: metges de família. Ped: pediatres. %: Percentatge de resposta (protocols rebuts respecte a esperats)

Taula 7(a) .- MDO a les Illes Balears, 2006. Casos notificats per hospitals

	Disenteria	Parotiditis	Xarampió	Tos ferina	Tuberculosi respiratòria	Tuberculosi Altres formes	Infecció meningocòccica
H. Son Dureta	1		1	1	33	19	7
H. Joan March					1		
P. Miramar					1	1	
C. Rotger							1
C. Juaneda							
C. Femenies							1
C. Palma-Planas							
H. V. Montetoro					9		1
H. Can Misses		1			23	9	3
P.N.S. Rosario					2		
H. Alcúdia							
H. Manacor					9	2	1
H. Muro							
H. Son Llätzer		2		3	28	12	1
Total	1	3	1	4	106	43	15

Taula 7(b).- MDO a les Illes Balears, 2006. Casos notificats per hospitals

	Febre tifoide paratifoide	Legionel·losi	Hepatitis A	Hepatitis B	Altres Hepatitis	Leshmaniosi	Sífilis congènita	Total
H. Son Dureta		4	1	1		7	0	75
H. Joan March								1
P. Miramar		1				7		10
C. Rotger								1
C. Juaneda								0
C. Femenies								1
C. Palma-Planas			1					1
H. V. Montetoro		3						13
H. Can Misses		7		1	1	1		46
P.N.S. Rosario								2
H. Alcúdia		1						1
H. Manacor		5				4		21
H. Muro		1			1			2
H. Son Llätzer	1	5		1		9	3	65
Total	1	27	2	3	2	28	3	239

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 8.- MDO a les Illes Balears, 2003-2006. Subnotificació de malalties individualitzades. Hospitals amb recerca activa.

	2003	2004	2004	2006	2006	
	Percentatge de casos subnotificats				reg.	subn
H. Son Dureta	32,0	21,9	18,0	18,7	75	14
H. V. Montetoro	30,0	0,0	10,0	7,7	13	1
H. Can Misses	13,5	3,5	21,3	8,7	46	4
H. Manacor	43,3	27,8	55,6	57,1	21	12
H. Son Llätzer	0,0	22,6	22,0	20,0	65	13
Total	24,5	17,1	22,2	20,0	220	44

Casos registrats (reg) i subnotificats (subn).

Taula 9 (a).- MDO a les Illes Balears, 2006. Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària

Centre de salut	Parotiditis	Rubèola	Tos Ferina	Tuberculosi respiratòria	Tuberculosi altres formes
Es Viver	6			3	
Sant Antoni	9			3	
Escola Graduada	4			1	
Son Serra	1			1	
Can Misses	1			1	1
Sta. Eulària	5			1	
Son Pisà	2				
Camp Rodó	1			1	
Coll d'en Rabassa	1			2	
Manacor					
Alcúdia	4				
Valldargent					
Pollença	4				
Pere Garau					
Son Ferriol	1				
A. Bennàssar	1	1			
Calvià					
Es Trencadors					
C.Mar Ponent	1		1		
Emili Darder					
Son Gotleu					
Sta. Catalina					
Es Banyer Alaior					
Llucmajor	1				
Es Pla Síneu					
Vilafranca	1				
Nuredunna Artà	1				
D.S.Joan. Maó				1	
Ciutadella					
Ferrieres		1			
Marratxí	1				
Serra Nord	1				
Inca		1			
Marines Muro			1		
Llevant					
Felanitx				1	
Andratx					
Formentera	1				
Total	47	3	2	15	1

Taula 9(b).- MDO a les Illes Balears, 2006. Casos de malalties de notificació individualitzada declarats des d'Atenció Primària

Centre de salut	Legionel·losi	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis altres formes	Leishmaniosi	Total
Es Viver			3	1		13
Sant Antoni				1		13
Escola Graduada		1		1		7
Son Serra				4		6
Can Misses	1	1	1			6
Sta. Eulària						6
Son Pisà			2	1		5
Camp Rodó			1	2		5
Coll d'en Rabassa			1		1	5
Manacor			1	3	1	5
Alcúdia				1		5
Vall d'argent			2	2		4
Pollença						4
Pere Garau	1		1	1		3
Son Ferriol				1	1	3
A. Bennassar				1		3
Calvià				1	2	3
Es Trencadors		1	1	1		3
C.Mar Ponent						2
Emili Darder				2		2
Son Gotleu			1	1		2
Sta. Catalina				2		2
Es Banyer Alaior		1		1		2
Llucmajor					1	2
Es Pla Sineu		1		1		2
Vilafranca				1		2
Nuredunna Artà			1			2
D.S.Joan. Maó						1
Ciutadella			1			1
Ferrerries						1
Marratxí						1
Serra Nord						1
Inca						1
Marines Muro						1
Llevant				1		1
Felanitx						1
Andratx				1		1
Formentera						1
Total	2	5	16	31	6	128

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 10 a. - MDO a les Illes Balears, 2006. Notificacions per fonts, excloses Atenció Primària i hospitalària

	Parotiditis	Grip	Gonocòccia	Diarrees	Varicel·la
Platges Salus (Ciutadella)				18	2
C. Nacional d'Epidemiologia					
Centre Privat (Ciutadella)				8	2
E. Naval Porto Pi (Palma)		5			
Residència Sa Nostra					4
Residència Cas Serres	2				
Centre Penitenciari (Palma)					
U. Militar UALOG LXXI (Palma)		2			
CM P. Verge de Gràcia					
Altres Comunitats Autònomes					
Centre Privat (Palma)			2		
Base Asensio (Palma)					1
Centre Privat (Santanyí)					1
Dermatòleg privat (Palma)					
Total	2	7	2	26	10

Taula 10 b.- MDO a les Illes Balears, 2006. Notificacions per fonts, excloses Atenció Primària i hospitalària

	Tuberculosi respiratòria	Legionel·losi	Hepatitis A	Leishmaniosi	Total
Platges Salus (Ciutadella)					20
C. Nacional d'Epidemiologia		14			14
Centre Privat (Ciutadella)					10
E. Naval Porto Pi (Palma)					5
Residència Sa Nostra					4
Residència Cas Serres					2
Centre Penitenciari (Palma)	2				2
U. Militar UALOG LXXI (Palma)					2
CM P. Verge de Gràcia		1	1		2
Altres Comunitats Autònomes	2				2
Centre Privat (Palma)					2
Base Asensio (Palma)					1
Centre Privat (Santanyí)					1
Dermatòleg privat (Palma)				1	1
Total	4	15	1	1	68

Taula 11.- MDO a les Illes Balears, 2003-2006. Percentatge de protocols numèrics rebuts amb retard per tipus de font d'informació

	Percentatge de retard				Protocols numèrics processats
	2003	2004	2005	2006	2006
Metges de família	10,1	9,5	4,7	4,7	16.156
Pediatres	10,9	9,3	4,2	5,0	4.009
Metges de reforç	9,7	0,0	4,3	2,7	37
Residències	2,2	9,1	3,6	0,0	3
Privats i altres	9,7	4,1	7,2	6,7	299
Hospitals	55,9	57,2	55,7	56,6	228
Total	10,9	10,0	5,4	5,4	20.732

Taula 12.- MDO a les Illes Balears, 2003-2006. Percentatge de protocols numèrics rebuts amb retard per illa

	Percentatge de retard				Protocols numèrics processats 2006
	2003	2004	2005	2006	
Mallorca	11,8	10,7	5,8	5,3	15.751
Menorca	7,6	12,5	6,5	7,2	1.786
Pitiüses	7,8	5,1	2,9	4,7	2.914
Desconegut	8,9	4,2	4,2	5,3	281
Total	10,9	10,0	5,4	5,4	20.732

Taula 13.- MDO a les Illes Balears, 2005-2006. Per centre de salut: percentatge de protocols rebuts amb retard. Ordenat segons retard al 2006

Centre de salut	2005	2006	Centre de salut	2005	2006
Ferrerries	14,3	20,8	Inca	1,9	3,6
Sta. Catalina	12,8	17,4	Tramuntana	2,2	3,6
T. S. Miquel	10,1	16,8	Alcúdia	0,7	3,2
Son Cladera	21,4	13,7	Can Misses	2,0	2,8
S'Arenal	2,4	13,6	Pollença	0,8	2,8
Llevant	20,2	12,3	Manacor	1,6	2,6
Sta. Maria	5,1	9,9	Marratxí	1,7	2,4
Serra Nord	8,7	9,6	Ciutadella	2,8	2,3
Coll d'en Rabassa	5,9	8,0	Valldargent	1,6	2,3
Son Serra	3,9	7,8	Calvià	3,6	2,1
Sant Antoni	2,4	6,9	Andratx	5,6	2,1
A. Bennàssar	8,8	6,5	Santanyí	7,2	1,9
Emili Darder	5,1	6,4	Es Pla Sineu	1,9	1,9
C.Mar Ponent	4,8	5,9	Sta. Eulària	0,2	1,8
D.S.Joan. Maó	5,1	5,7	Son Gotleu	7,9	1,8
Xaloc Campos	11,6	5,5	Formentera	3,1	1,7
S'Escorxador	7,1	5,4	Escola Graduada	1,0	1,3
Es Banyer Alaior	5,7	5,2	Vilafranca	0,5	1,0
Llucmajor	6,6	4,5	Binissalem	2,3	0,5
Es Viver	1,6	4,5	Marines Muro	4,4	0,3
Camp Rodó	0,3	4,3	Rafal Nou	1,3	0,1
Nuredunna Artà	2,7	4,1	Son Pisà	0,1	0,0
Es Trencadors	4,6	4,1	Son Ferriol	0,0	0,0
Felanitx	11,4	4,0	Capdepera	2,4	0,0
Pere Garau	11,1	3,9	Total	4,6	4,8

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 14.- Malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2006. Nombre de casos distribuïts per illa i Palma

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears	
					Casos	IEA
Diarrea infec.aguda	15.352	27.105	3.676	4.101	34.908	0,85
Grip	1.518	3.038	398	1.212	4.655	0,24
Varicel·la	2.131	3.867	405	322	4.599	0,98
Inf. gonocòccica	22	38	4	3	45	1,10
Sífilis	47	70	4	10	84	2,10
F. Tifoide	0	1	0	0	1	1,00
Disenteria bacil·lar	1	1	0	0	1	-
F. exant. mediterrània	14	27	2	0	29	1,21
F. recurrent paparres	1	1	0	0	1	0,07
M. meningocòccica	4	11	1	3	15	0,68
M. H. Influenzae	0	0	0	0	0	-
Tuberculosi resp.	51	78	10	36	125	0,91
Tuberculosi, altres	24	34	0	10	44	1,10
Xarampió	0	1	0	0	1	0,25
Rubèola	1	2	1	0	3	-
Parotiditis	14	27	0	25	52	0,45
Tos ferina	5	6	0	0	6	0,67
Hepatitis A	3	5	2	1	8	0,89
Hepatitis B	10	13	1	5	19	0,79
Alt. hepatitis víriques	19	29	1	3	33	1,50
Legionel·losi	6	26	6	12	44	0,98
Tètan	0	0	0	0	0	-
Leishmaniasi	14	33	0	1	35	3,50
Sífilis congènita	2	2	0	0	3	-

Les xifres (casos) de les Illes Balears poden incloure casos sense illa assignada.
 Índex Epidèmic Acumulat (IEA) global: Esperat (0,76-1,24); per sota de l'esperat (<=0,75); sobre l'esperat (>=1,25)

Taula 15.- Malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2006. Taxes per 100.000 habitants, per illes i Palma

	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Illes Balears
Diarrea infec.aguda	4.093,3	3.427,7	4.156,8	3.365,2	3.487,1
Grip	404,7	384,2	450,1	994,5	465,0
Varicel·la	568,2	489,0	458,0	264,2	459,4
Inf. gonocòccica	5,9	4,8	4,5	2,5	4,5
Sífilis	12,5	8,9	4,5	8,2	8,4
F. Tifoide	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Disenteria bacil·lar	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1
F. exant. mediterrània	3,7	3,4	2,3	0,0	2,9
F. recurrent paparres	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1
M. meningocòccica	1,1	1,4	1,1	2,5	1,5
M. H. Influenzae	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculosi resp.	13,6	9,9	11,3	29,5	12,5
Tuberculosi, altres	6,4	4,3	0,0	8,2	4,4
Xarampió	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Rubèola	0,3	0,3	1,1	0,0	0,3
Parotiditis	3,7	3,4	0,0	20,5	5,2
Tos ferina	1,3	0,8	0,0	0,0	0,6
Hepatitis A	0,8	0,6	2,3	0,8	0,8
Hepatitis B	2,7	1,6	1,1	4,1	1,9
Alt. hepatitis víriques	5,1	3,7	1,1	2,5	3,3
Legionel·losi	1,6	3,3	6,8	9,8	4,4
Tètan	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Leishmaniasi	3,7	4,2	0,0	0,8	3,5
Sífilis Congènita	0,5	0,3	0,0	0,0	0,3

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 16 (a).- MDO a les Illes Balears, 2006. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos

	Disenteria	Parotiditis	Grip	Rubèola	Xarampió	Gonocòccia	Sífilis	Tos Ferina
S'Arenal			97			1	2	
C.Mar Ponent		1	24			5	5	1
S'Escorxador	1		66			2	1	
Son Pisà		2	20				2	
Pere Garau			209				4	
Camp Rodó		1	54				4	
Coll d'en Rabassa		1	74			1	5	
Emili Darder			169			1	3	1
Escola Graduada		4	23			2	4	1
Rafal Nou		1	145			3	3	1
Son Cladera			64			1	5	
Son Ferriol		2	27			2	2	
Son Gotleu			173			1		
Son Serra		1	77			1	4	1
A. Bennàssar		1	111	1		1	1	
Sta. Catalina			110			1	1	
Valldargent			83				1	
Marratxí		1	93					
Calvià			68		1	2	2	
Tramuntana			18			1	2	
Serra Nord		1	48					
Sta. Maria			83			3		
Llucmajor		1	68			1	1	
Es Trencadors			54			3	5	
Inca			70	1				
Binissalem			162				2	
T. S. Miquel			116					
Es Pla Sineu			74			1		
Marines Muro			49			3		1
Pollença		4	109				2	
Capdepera			12					
Manacor			65			1	2	
Llevant			35				1	
Vilafranca		1	71				2	
Felanitx			73					
Xaloc Campos			51					
Santanyí			67			1	1	
Andratx			16					
Alcúdia		4	96				3	
Nuredunna Artà		1	14					
D.S.Joan. Maó			230				2	
Ciutadella			119			2	2	
Es Banyer Alaior			3			2		
Ferrerries			46	1				
Can Misses		1	81			2	2	
Es Viver		9	709				1	
Sant Antoni		9	133				5	
Sta. Eulària		5	247			1	1	
Formentera		1	42				1	

Taula 16 (b).- MDO a les Illes Balears, 2006. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos

	Diarrea	Varicel·la	TB Resp.	TB, altres	F.Exa. Med.	I. Mening.	F. Recurr.
S'Arenal	413	70	5		1		
C.Mar Ponent	492	64	4	4			
S'Escorxador	675	78	3	1			
Son Pisà	1613	147	3		1	1	
Pere Garau	1125	120	1			1	1
Camp Rodó	817	72	3		1		
Coll d'en Rabassa	1341	171	9	4	2		
Emili Darder	946	79	5	1	2		
Escola Graduada	511	48	1	1			
Rafal Nou	1622	337	5	1	1		
Son Cladera	580	143	1	2	2		
Son Ferriol	626	86	1				
Son Gotleu	999	169	2	4	2		
Son Serra	942	258	4		1	1	
A. Bennàssar	966	138	2	2	1		
Sta. Catalina	1073	72		2			
Valldargent	634	84	2	2		1	
Marratxí	933	85	1				
Calvià	530	51	1			2	
Tramuntana	323	22	1		1		
Serra Nord	872	258	2		1	1	
Sta. Maria	494	104		2	1	1	
Llucmajor	796	105	1	1			
Es Trencadors	700	59	1			1	
Inca	659	97	5	2	1		
Binissalem	376	28					
T. S. Miquel	444	53		1			
Es Pla Sineu	252	15			1		
Marines Muro	472	25	1		2		
Pollença	619	90		1	1		
Capdepera	96	14	4				
Manacor	1091	31	5	2	2		
Llevant	341	3	1			1	
Vilafranca	533	116			1		
Felanitx	545	210	1	1			
Xaloc Campos	288	52	2				
Santanyí	329	56					
Andratx	164	69	1				
Alcúdia	660	153			2	1	
Nuredunna Artà	213	35					
D.S.Joan. Maó	1251	167	7		1	1	
Ciutadella	1194	96	2		1		
Es Banyer Alaior	291	40	1				
Ferrieres	940	102					
Can Misses	684	35	8	4		2	
Es Viver	1518	24	15	3			
Sant Antoni	757	42	8	1			
Sta. Eulària	814	54	5	1		1	
Formentera	328	167		1			

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 16 (c).- MDO a les Illes Balears, 2006. Incidència per zona bàsica. Nombre de casos

	F. Tifoide	Legionel·la	Hepatitis A	Hepatitis B	Hep, altres	Leishman.	Sífilis cong
S'Arenal							
C.Mar Ponent				2			
S'Escorxador						1	
Son Pisà				2	1	1	
Pere Garau		2	1	1	2		
Camp Rodó				1	2		
Coll d'en Rabassa		1		1		2	1
Emili Darder					2		
Escola Graduada			1		1	2	1
Rafal Nou		1					
Son Cladera						1	
Son Ferriol					1	2	
Son Gotleu			1	1	1	1	
Son Serra					4	1	
A. Bennàssar		1			1	3	
Sta. Catalina					2		
Valldargent		1		2	2		
Marratxí						2	
Calvià		1			1	2	
Tramuntana							
Serra Nord							
Sta. Maria		1				3	
Llucmajor		1				1	
Es Trencadors			1	1	1		
Inca							
Binissalem		1				1	
T. S. Miquel						1	
Es Pla Sineu			1		1		
Marines Muro		2					
Pollença		3					
Capdepera		1					
Manacor		1		1	3	2	
Llevant		2			1	2	
Vilafranca		1			1	2	
Felanitx		1				1	
Xaloc Campos		1				1	
Santanyí		2					
Andratx					1	1	
Alcúdia	1	2			1		
Nuredunna Artà				1			
D.S.Joan. Maó		4	1				
Ciutadella		1		1			
Es Banyer Alaior		1	1		1		
Ferrieres							
Can Misses		3	1	1	1		
Es Viver		3		3	1		
Sant Antoni		4			1	1	
Sta. Eulària		2		1			
Formentera							

Taula 17.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2006
Casos quadrisetmanals i taxa global per 100.000 habitants. Distribució per illes i dades de Palma

Període quadrisetmanal	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	1.226	2.239	457	302	2.998
2	1.689	2.963	496	444	3.903
3	1.226	2.293	282	350	2.933
4	915	1.608	214	270	2.092
5	1.037	1.830	205	319	2.354
6	1.183	2.120	259	309	2.688
7	1.339	2.209	324	370	2.903
8	1.463	2.426	289	352	3.067
9	1.068	1.953	257	389	2.599
10	1.187	2.155	214	385	2.754
11	1.056	1.877	268	237	2.395
12	1.061	1.926	222	226	2.379
13	902	1.506	189	148	1.843
Total casos	15.352	27.105	3.676	4.101	34.908
Taxa	4.093,3	3.427,7	4.156,8	3.365,2	3.487,1

Taula 18.- Febre exantemàtica mediterrània a les Illes Balears, 1997-2006. Distribució per illes i Palma. Casos i taxes per 100.000 habitants

	Casos					Taxa				
	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Palma	Total	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Palma	Total
1997	71	11	2	35	84	11,5	16,3	2,3	11,2	10,9
1998	119	7	0	53	126	18,7	10,1	0,0	16,6	15,8
1999	100	10	6	56	116	15,2	14,1	6,5	17,1	14,1
2000	30	3	0	8	33	4,4	4,1	0,0	2,4	3,9
2001	23	1	0	10	24	3,3	1,3	0,0	2,9	2,7
2002	18	3	1	6	22	2,5	3,8	0,9	1,7	2,4
2003	16	0	1	5	17	2,1	0,0	0,9	1,4	1,8
2004	23	1	1	13	25	3,0	1,2	0,9	3,5	2,6
2005	26	1	0	8	27	3,3	1,2	0,0	2,1	2,7
2006	27	2	0	14	29	3,4	2,3	0,0	3,7	2,9

Taula 19.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 1997-2006. Distribució per illes i Palma Casos i taxes per 100.000 habitants

	Casos					Taxa				
	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Palma	Total	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Palma	Total
1997	86	8	0	34	94	13,9	11,9	0,0	10,9	12,2
1998	51	7	1	16	59	8,0	10,1	1,1	5,0	7,4
1999	40	1	1	12	42	6,1	1,4	1,1	3,7	5,1
2000	38	1	0	23	39	5,6	1,4	0,0	6,9	4,6
2001	14	0	0	7	14	2,0	0,0	0,0	2,0	1,6
2002	30	1	1	14	32	4,1	1,3	0,9	3,9	3,5
2003	30	0	0	6	31	4,0	0,0	0,0	1,6	3,3
2004	3	0	1	3	4	0,4	0,0	0,9	0,8	0,4
2005	3	0	0	1	3	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3
2006	1	0	0	1	1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1

Les xifres de les Illes Balears inclouen casos sense illa assignada

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 20.- Grip a les Illes Balears, 2006. Casos quadrisetmanals i taxa global per 100.000 habitants. Distribució per illes i dades de Palma

Període quadrisetmanal	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	182	371	38	118	528
2	283	578	35	205	819
3	337	638	65	310	1.013
4	228	388	135	93	616
5	61	157	16	63	236
6	42	105	5	49	159
7	15	39	2	42	85
8	20	42	1	30	73
9	16	44	6	37	87
10	41	88	22	34	144
11	66	116	19	63	198
12	99	216	28	108	354
13	128	256	26	60	343
Total casos	1.518	3.038	398	1.212	4.655
Taxa	404,7	384,2	450,1	994,5	465,0

Les xifres de les Illes Balears inclouen casos sense illa assignada

Taula 21.- Sífilis a les Illes Balears, 1997-2006 Casos i taxes per 100.000 habitants

	Casos				Taxa			
	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
1997	28	2	3	33	4,5	3,0	3,5	4,3
1998	35	1	0	36	5,5	1,4	0,0	4,5
1999	26	0	1	27	4,0	0,0	1,1	3,3
2000	17	1	0	18	2,5	1,4	0,0	2,1
2001	26	0	0	26	3,7	0,0	0,0	3,0
2002	32	0	3	35	4,4	0,0	2,8	3,8
2003	37	0	3	40	4,9	0,0	2,7	4,2
2004	54	2	11	67	7,1	2,4	9,7	7,0
2005	47	5	0	52	6,0	0,0	4,2	5,3
2006	70	4	10	84	8,9	4,5	8,2	8,4

Taula 22.- Varicel·la a les Illes Balears, 2006. Casos quadrisetmanals i taxa global per 100.000 habitants. Distribució per illes i dades de Palma

Període quadrisetmanal	Palma	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	92	200	6	8	215
2	193	391	32	32	455
3	318	578	36	63	679
4	311	563	26	39	628
5	390	727	13	19	759
6	417	757	75	38	870
7	276	417	101	35	553
8	74	127	22	18	167
9	9	21	9	17	47
10	3	9	3	11	23
11	15	20	23	9	54
12	14	24	25	22	71
13	19	33	34	11	78
Total casos	2.131	3.867	405	322	4.599
Taxa	568,2	489,0	458,0	264,2	459,4

Les xifres de les Illes Balears (total) inclouen casos sense illa assignada

Taula 23.- Hepatitis A a les Illes Balears, 2006
Casos per grups d'edat i sexe

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
< 15	0	0	0
15-24	0	1	1
25-34	0	0	0
> 35	4	3	7
Total	4	4	8

Taula 24.- Hepatitis B a les Illes Balears, 2006. Edat i sexe dels malalts: síntesi de les dades

	homes	dones	total
mitjana	35,0	42,3	36,2
DE	8,5	25,7	11,9
mediana	35,5	29	34
min	14	26	14
max	51	72	72

Taula 25.- Altres hepatitis a les Illes Balears, 1997-2006. Casos per illa. Distribució per tipus d'hepatitis

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears	Tipus C	Altres tipus	Desconegut
1997	25	0	1	26	22	2	2
1998	85	2	3	90	87	0	3
1999	35	0	0	35	34	1	0
2000	3	0	5	8	8	0	0
2001	24	0	3	27	26	1	0
2002	17	1	2	20	19	0	1
2003	18	3	1	22	21	0	1
2004	16	6	0	22	22	0	0
2005	19	4	1	24	23	1	0
2006	29	1	3	33	33	0	0

Taula 26.- Legionel·losi a les Illes Balears, 2006. Casos per grups d'edat i sexe

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
< 15	0	0	0
15-24	0	0	0
25-34	1	0	1
35-44	2	1	3
45-54	11	2	13
55-64	9	2	11
65-74	7	1	8
> 74	5	3	8
Total	35	9	44

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 27.- Legionel·losi a les Illes Balears, 1999-2006. Confirmació de laboratori, segons mètode analític

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Total de casos	22	25	38	45	64	46	43	44	
Casos confirmats	19	19	37	43	63	44	43	43	
Percentatge de confirmació	86,4	76	97,4	95,6	98,4	95,7	100	97,7	
									%
Ag. Orina	8	9	28	34	57	41	41	41	83,3
Aïllament	3	3	1	1	2	1	-	2	4,2
Seroconversió	-	3	1	1	1	-	1	-	2,3
Ag. Orina i títol IgM	1	-	-	3	1	-	-	-	1,6
Ag. Orina i PCR	-	-	-	-	-	-	1	-	0,3
Aïllament i Ag. Orina	6	2	5	1	2	-	-	-	5,1
Aïllament i seroconversió	1	-	-	1	-	-	-	-	0,6
Aïllament, seroconversió i Ag. Orina	-	-	1	-	-	-	-	-	0,3
Aïllament, PCR i Ag. Orina	-	-	-	1	-	1	-	-	0,6
Seroconversió i PCR	-	-	-	-	-	1	-	-	0,3
Seroconversió i Ag. Orina	-	1	1	1	-	-	-	-	1,0
Seroconversió i títol IgM	-	1	-	-	-	-	-	-	0,3

Taula 28.- Legionel·losi a les Illes Balears, 1997-2006. Casos per illa.

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Desconeguda	Total
1997	12	2	5	0	19
1998	19	2	5	0	26
1999	19	2	1	0	22
2000	21	2	2	0	25
2001	31	3	3	1	38
2002	31	1	13	0	45
2003	46	10	7	1	64
2004	31	4	10	1	46
2005	32	4	6	1	43
2006	26	6	12	0	44
Total	268	36	64	4	372

Taula 29.- Leishmaniosi a les Illes Balears, 2006. Resum de variables

	Viscerals/Mixtes	Cutànies
Casos	10	25
Homes	9	15
Dones	1	10
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	3	3
Rang d'edat	15 mesos-76 anys	17 mesos-86 anys
Rang d'edat (casos no pediàtrics)	28-76 anys	21-86 anys
Mitjana d'edat (casos no pediàtrics)	42 anys	55 anys
Mediana d'edat (casos no pediàtrics)	38 anys	55 anys
Infecció VIH	5	1

Taula 30.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2006. Casos quadrisetmanals i taxes globals per 100.000 habitants. Distribució per illes i Palma

Període quadrisetmanal quadrisetmanal	Palma	Total Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total Illes Balears
1	0	0	0	1	1
2	1	2	0	0	2
3	1	1	1	0	2
4	0	1	0	0	1
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	2	0	0	2
8	1	1	0	0	1
9	0	2	0	1	3
10	1	1	0	0	1
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0
13	0	1	0	1	2
Total de casos	4	11	1	3	15
Taxa	1,1	1,4	1,1	2,5	1,5

Taula 31.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1997-2006. Casos i taxes per 100.000 habitants

	Casos				Taxa			
	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total
1997	37	2	4	43	6,0	3,0	4,7	5,6
1998	28	5	2	35	4,4	7,2	2,2	4,4
1999	43	1	2	46	6,5	1,4	2,2	5,6
2000	16	0	2	18	2,4	0,0	2,1	2,1
2001	15	1	0	16	2,1	1,3	0,0	1,8
2002	21	6	1	28	2,9	7,6	0,9	3,1
2003	17	0	7	24	2,3	0,0	6,2	2,5
2004	20	1	1	22	2,6	1,2	0,9	2,3
2005	14	1	6	21	1,8	1,2	5,1	2,1
2006	11	1	3	15	1,4	1,1	2,5	1,5

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 32.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2006. Nombre de casos i taxes per 100.000 habitants. Distribució per sexe i grup d'edat

grup d'edat	homes	dones	total
4 anys o menys	3	2	5
5 a 14 anys	0	1	1
15 a 64 anys	5	2	7
més de 64 anys	2	0	2
Total	10	5	15
<i>Taxa 0-14 anys</i>			4,0
<i>Taxa majors de 14 anys</i>			1,1

Taula 33.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1997-2006. Confirmació analítica i serogrup

Any	Casos totals	Casos confirmats	Percentatge confirmació	Serogrup dels casos confirmats			
				Grup B	Grup C	Altres	No grupat
1997	43	35	81,4	16	19	0	0
1998	35	23	65,7	15	7	0	1
1999	46	33	71,7	17	15	0	1
2000	18	15	83,3	11	4	0	0
2001	16	12	75,0	11	1	0	0
2002	28	23	82,1	16	5	0	2
2003	24	22	91,7	16	3	0	3
2004	22	16	72,7	11	2	2	1
2005	21	17	81,0	9	4	1	3
2006	15	12	80,0	10	1	0	1

Taula 34.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2006. Distribució de serogrup per grup d'edat

grups d'edat	B	C	Altres sg	No conegut	Total
fins 1 any	3	0	0	0	3
1 a 4	1	0	0	1	2
5 a 14	0	0	0	1	1
15 a 24	4	0	0	0	4
Més de 24	2	1	0	2	5
Total	10	1	0	4	15

Taula 35.- Malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* a les Illes Balears, 1997-2004. Resum de variables

Casos del període	12
Homes	5
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	5
Promig d'edat (casos no pediàtrics)	66 anys
Mediana d'edat (casos no pediàtrics)	60 anys
Rang d'edat	4 mesos-86 anys
Vacunats	4
Edat dels vacunats	4-23 mesos
Edat dels no vacunats	9- 86 anys
Casos confirmats	12

Nota: Anys 1997, 2005 i 2006 sense casos detectats

Taula 36.- Parotiditis a les Illes Balears, 1997-2006. Taxes per 100.000 habitants, per illa i total

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
1997	2,6	4,5	7,0	3,2
1998	10,0	10,1	2,2	9,2
1999	161,8	11,3	63,5	137,7
2000	58,0	1,4	5,2	47,2
2001	15,0	5,3	5,9	13,1
2002	3,6	1,3	8,4	3,9
2003	2,0	2,5	16,0	3,7
2004	4,2	4,8	114,7	17,4
2005	5,4	1,2	401,3	52,8
2006	3,4	0,0	20,5	5,2

Taula 37.- Parotiditis a les Illes Balears, 2006. Distribució per sexe i grup d'edat. Nombre de vacunats correctament. Taxa específica per 100.000 per grup d'edat

grups d'edat	home	dona	total	vacunats	taxes
fins 4 anys	1	7	8	6	15,4
5 a 14	12	8	20	14	20,4
15 a 24	4	5	9	4	7,6
més de 24	5	10	15	0	2,0
total	22	30	52	24	5,2

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 38.- Rubèola a les Illes Balears, 1997-2006. Incidència anual, en nombre absolut de casos i taxa per 100.000 habitants. Distribució per illes

Any	Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total IB	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
1997	7	1,1	0	0,0	0	0,0	7	0,9
1998	6	0,9	1	1,4	0	0,0	7	0,9
1999	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1
2000	2	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,2
2001	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1
2002	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2003	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2004	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2005	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1
2006	2	0,3	1	1,1	0	0,0	3	0,3

Taula 39.- Tètan a les Illes Balears, 1997-2002. Resum de variables

Casos del període	6
Homes	5
Casos pediàtrics (menors de 15 anys)	0
Promig d'edat	66 anys
Mediana d'edat	70 anys
Rang d'edat	48 – 89 anys
Profilaxi preexposició correcta	0
Defuncions	2

Nota: Anys 2003 a 2006 sense casos detectats

Taula 40.- Tos ferina a les Illes Balears, 1997-2006. Casos per illa

	Mallorca	Menorca	Pitiüses	Total IB
1997	45	0	0	45
1998	2	0	0	2
1999	5	0	5	10
2000	2	0	0	2
2001	7	0	2	9
2002	3	0	0	3
2003	0	0	0	0
2004	14	0	2	16
2005	10	0	0	10
2006	6	0	0	6

Taula 41.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 2006. Casos quadrisetmanals i taxa global per 100.000 habitants. Distribució per illes i Palma

Període quadrisetmanal	Palma	Mallorca (inclou Palma)	Menorca	Pitiüses	No consta	Total Illes Balears
1	3	5	2	9	1	17
2	4	7	0	2	0	9
3	5	8	3	2	0	13
4	5	7	0	2	0	9
5	3	4	1	3	0	8
6	4	7	0	3	0	10
7	3	6	0	3	0	9
8	3	5	0	4	0	9
9	3	4	2	1	0	7
10	4	4	1	0	0	5
11	5	9	1	0	0	10
12	5	8	0	3	0	11
13	4	4	0	4	0	8
Total casos	51	78	10	36	1	125
Taxa	13,6	9,9	11,3	29,5	-	12,5

Taula 42.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 2006
Nombre de casos i taxes per 100.000 habitants. Distribució per sexe i grup d'edat

grup d'edat	casos			taxes		
	homes	dones	total	homes	dones	total
0 a 4 anys	4	2	6	14,84	8,02	11,56
5 a 9 anys	1	2	3	3,97	8,42	6,13
10 a 14 anys	0	1	1	0,00	4,17	2,03
15 a 24 anys	6	6	12	9,96	10,29	10,13
25 a 34 anys	18	15	33	18,34	16,42	17,41
35 a 44 anys	24	6	30	27,42	7,36	17,74
45 a 54 anys	14	6	20	20,90	9,23	15,15
55 a 64 anys	7	0	7	13,50	0,00	6,77
65 a 74 anys	4	2	6	11,51	5,20	8,19
més de 74 anys	6	1	7	24,03	2,48	10,72
total	84	41	125	16,74	8,21	12,49

Taula 43.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 1997-2006. Confirmació analítica

any	casos confirmats	casos no confirmats	percentatge confirmats
1997	142	27	84%
1998	130	23	85%
1999	133	31	81%
2000	118	37	76%
2001	98	21	82%
2002	104	19	85%
2003	106	32	77%
2004	138	21	87%
2005	105	37	74%
2006	99	26	79%

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 44.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 2006. Presència de factors de risc

	Taxa de resposta		percentatge sobre informació coneguda	
	2006	M	2006	M
VIH	76,8	74,4	9,4	15,5
Enolisme	91,2	87,7	14,9	18,2
UDVP	92,8	86,0	1,7	4,5
Altres factors	94,4	84,9	5,9	8,0
Vagabund	95,2	89,4	1,7	2,7
Intern a presó	95,2	87,9	2,5	2,4
Altres inst. tancades	95,2	87,6	1,7	2,1
Contacte malalt conegut	68,0	68,9	23,5	18,1
Altres situacions	88,8	76,6	0,9	2,4

M= mitjana del període 2001-2005

Taxa de resposta per a cada variable: proporció de casos en què consta la informació sobre el total

Taula 45.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 1997-2006. Nombre de casos i taxes per 100.000 habitants. Distribució geogràfica

	Mallorca		Menorca		Pitiüses		Total IB		Palma	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
1997	38	6,1	4	5,9	10	11,7	52	6,7	32	10,3
1998	30	4,7	3	4,3	7	7,8	40	5,0	17	5,3
1999	32	4,9	2	2,8	11	11,8	45	5,5	19	5,8
2000	17	2,5	4	5,5	4	4,2	25	3,0	8	2,4
2001	27	3,8	1	1,3	6	5,9	34	3,9	18	5,2
2002	25	3,4	0	0,0	7	6,5	33	3,6	17	4,7
2003	29	3,8	2	2,5	13	11,5	45	4,8	17	4,6
2004	29	3,8	2	2,4	10	8,8	42	4,4	22	6,0
2005	33	4,2	1	1,2	5	4,2	40	4,1	21	5,6
2006	34	4,3	0	0,0	10	8,2	44	4,4	24	6,4

Les xifres de les Illes Balears (total) de casos inclouen casos sense illa assignada

Taula 46.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2006. Nombre de casos i taxes per 100.000 habitants. Distribució per sexe i grup d'edat

grup d'edat	casos			taxes		
	homes	dones	total	homes	dones	total
0 a 14 anys	0	1	1	0,00	1,38	0,67
15 a 44 anys	12	9	21	4,88	3,89	4,40
45 a 64 anys	4	6	10	3,37	5,15	4,25
més de 64 anys	5	7	12	8,37	8,89	8,66
total	21	23	44	4,18	4,61	4,40

Taula 47.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2006. Confirmació per laboratori. Comparació amb el quinquenni anterior

Tipus de cas	2001	2002	2003	2004	2005	2006	mitjana 2001-2006
Confirmat	22	26	32	24	31	34	27
No confirmat	12	7	13	18	9	10	12
Total	34	33	45	42	40	44	39
% confirmats	65	79	71	57	78	77	70

Taula 48.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 2006. Presència de factors de risc.

	Taxa de resposta		Percentatge sobre informació coneguda	
	2006	M	2006	M
VIH	93,2	85,3	19,5	27,1
Enolisme	90,9	93,4	2,5	9,9
UDVP	93,2	90,9	9,8	12,8
Altres factors	93,2	89,4	2,4	6,4
Vagabund	93,2	90,3	0,0	1,4
Intern a presó	93,2	88,0	4,9	5,0
Altres inst. tancades	93,2	87,9	2,4	1,4
Contacte malalt conegut	86,4	66,4	7,9	11,8
Altres situacions	86,4	75,4	2,6	1,0

M= mitjana del període 2001-2005

Taxa de resposta per a cada variable: proporció de casos en què consta la informació sobre el total

Taula 49.- Malaltia de Creutzfeldt-Jakob a les Illes Balears, 1993-2006. Nombre de casos per any de diagnòstic

Any	Casos
1993	1
1994	2
1995	-
1996	-
1997	1
1998	-
1999	2
2000	-
2001	-
2002	1
2003	-
2004	1
2005	1
2006	-
Total	9

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 50.- Paràlisi flàccida aguda (PFA) a les Illes Balears, 1998-2006. Característiques dels malalts

Núm. cas	Data inici paràlisi	Edat	Sexe	Dosis VPO	Vacunació	Diagnòstic definitiu	Classificació	Notificació
1	des-99	10 anys	home	5	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
2	jul-00	14 anys	dona	5	Correcta	Mielitis Transversa	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
3	jun-00	2 anys	dona	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Manacor
4	sep-00	2 anys	home	4	Correcta	Paràlisi etiologia desconeguda	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria CS St. Antoni
5	sep-00	3 anys	home	3	Incompleta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Manacor
6	sep-01	2 mesos	dona	1	Correcta	S. Werning Hoffman	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
7	mar-02	1 any	home	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
8	oct-02	17 mesos	dona	3	Correcta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Microbiologia H Son Dureta
9	maig-04	5 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria P. Miramar
10	feb-05	22 mesos	home	3	Incompleta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria C. Rotger
11	nov-04	14 mesos	home	2	Incompleta	Poliomielitis	Poliomielitis associada a VOP (virus Sabin 2)	Pediatria H Son Dureta
12	oct-06	3 anys	dona	3 ^a	Correcta	Mielitis difusa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Son Dureta
13	des-06	16 mesos	dona	0 ^b	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Son Dureta

VPO: vacuna de la poliomièlitis oral (a) 4a dosis: vacuna inactivada (b) Sèrie primària completa: vacuna inactivada

Taula 51.- Sistema d'Informació de nous diagnòstics d'VIH a les Illes Balears, 2003-2006. Fonts d'Informació. Inclou els casos subnotificats

	Casos	%		Casos	%
H Son Llätzer	112	34,3	C. Penitenciari Eivissa	2	0,6
H.Son Dureta M.Interna	61	18,7	CS S'Arenal	2	0,6
H Verge del Toro	16	4,9	CS Son Cladera	2	0,6
CS Can Misses	13	4,0	CS Son Serra	2	0,6
Laboratoris privats	13	4,0	P. Ntra Sra Rosario	2	0,6
CS Son Pisà	11	3,4	P. Verge Gracia	2	0,6
H Can Misses	11	3,4	Consultes privades	2	0,6
CS Valldargent	7	2,1	H.Son Dureta Pediatria	1	0,3
CS Coll d'en Rabassa	5	1,5	CS Alcúdia	1	0,3
CS Son Gotleu	5	1,5	CS Arquitecte Bennàssar	1	0,3
H Manacor	5	1,5	CS Artà	1	0,3
CS Camp Rodó	4	1,2	CS Dalt de Sant Joan	1	0,3
CS Escola Graduada	4	1,2	CS Es Banyer	1	0,3
CS Rafal Nou	4	1,2	CS Felanitx	1	0,3
P. Miramar	4	1,2	CS Inca	1	0,3
CS Emili Darder	3	0,9	CS Manacor	1	0,3
CS Es Trencadors	3	0,9	CS Sant Antoni	1	0,3
CS Es Viver	3	0,9	CS Santa Maria	1	0,3
CS Llevant Son Servera	3	0,9	CS Son Ferriol	1	0,3
CS Pere Garau	3	0,9	CS Tramuntana	1	0,3
H d'Alcúdia	3	0,9	Policlínica General Riera	1	0,3
H.Son Dureta Hematologia	2	0,6	C. Rotger	1	0,3
H.Son Dureta UCI	2	0,6	Altres	1	0,3

Taula 52.- Sida a les Illes Balears, casos acumulats des de l'any 1983. Fonts d'Informació. Inclou els casos subnotificats. Actualització: 31/12/2006

	Casos	%		Casos	%
Son Dureta Medicina Interna	1098	49,11	Son Dureta UCI	9	0,40
H. Can Misses	266	11,90	A. Primària IB Salut	12	0,54
H. General	235	10,51	C. Rotger	5	0,22
H. Joan March	151	6,75	H. Creu Roja	4	0,18
H. Son Llätzer	105	4,70	C. Juaneda	2	0,09
H. Verge de Montetoro	92	4,11	C: Palma-Planas	2	0,09
C. Penitenciari de Palma	86	3,85	C. Menorca	1	0,04
H. Manacor	30	1,34	H. Sant Joan de Déu	1	0,04
Son Dureta Pediatria	28	1,25	Consultes privades	1	0,04
Son Dureta Hematologia	20	0,89	P. Verge de Gràcia	1	0,04
P. Miramar	15	0,67	Altres Comunitats Aut.	72	3,22
			Total	2236	100,00

Taula 53.- Xarampió a les Illes Balears, 2000-2006. Resum de variables

Casos del període	27
Dones	12 (44,6%)
Promig d'edat	14,8 anys
Desviació típica	11,9
Mediana d'edat	19
Rang d'edat	12 mesos-34 anys
Fins 15 mesos d'edat	7 (25,9%)
Nascuts abans del 1985	15 (55,6%)
Casos prevenibles ⁽¹⁾	19 (70,4%)
Havien rebut alguna dosi de vacuna	6
- Una sola dosi (casos confirmats)	3
- Durant el període d'incubació (una sola dosi)	2
- Dues dosis (cas compatible clínicament, no confirmat per malalt) laboratori ni per vincle amb	1

(1) No vacunats, amb indicació de vacunació: edat, professió, contactes de cas

Taula 54.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2006. Perfil epidemiològic complet

Caràcter	n	Origen	n	Etiologia	n		
Col·lectiu	20	Alimentari	17	Desconeguda	1		
				Infecciosa	13		
				Tòxica	3		
		Hídric	0	Desconegut	3	Desconeguda	1
						Infecciosa	2
						Tòxica	0
Familiar	3	Alimentari	3	Desconeguda	0		
				Infecciosa	3		
				Tòxica	0		
		Hídric	0	Desconegut	0		
						Desconegut	0
Poblacional	0						

n= Nombre de brots

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 55.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 1998-2006. Etiologia i agents identificats

anys	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total de brots	41	41	29	34	28	30	27	37	23
- Brots amb agent identificat	26	20	15	19	16	17	14	24	12
- % Brots amb agent identificat	63,4	48,8	51,7	55,9	57,1	56,7	51,9	64,9	52,2
Etiologia infecciosa	39	36	28	29	26	30	26	30	18
- Salmonel·la	23	16	15	18	15	17	10	21	10
- Stafilococ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Crytosporidium	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- Clostr. Perfringens	1	2	0	0	0	0	0	0	0
- E. Coli	1	0	0	0	1	0	0	0	0
- Giàrdia	0	0	0	0	0	0	1	0	0
- Virus	0	0	0	1	0	0	2	2	0
- Campylobacter	0	0	0	0	0	0	1	0	0
- Shigel·la	1	0	0	0	0	0	0	0	0
- No identificació agent	13	18	13	10	10	13	12	7	8
Etiologia tòxica	1	3	1	5	0	0	1	2	3
- Histamina	0	1	0	0	0	0	0	1	2
- Plom	0	1	0	0	0	0	0	0	0
- Clembuterol	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- No identificació agent	1	1	1	5	0	0	1	1	1
Etiologia desconeguda	1	2	0	0	2	0	0	5	2

Taula 56.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2006.

Factors contribuents als brots d'origen alimentari associats a establiments col·lectius

Factor contribuent	n
Contaminacions creuades	8
Deficient higiene de locals	7
Conservació d'aliments que necessiten fred a temperatura ambient	5
Emmagatzemament frigorífic incorrecte o cambra frigorífica que no garanteix un ús correcte	4
Refredament inadequat	3
Descongelació inadequada	3
Deficient higiene d'utensilis	3
Manipulació incorrecta	3
Manteniment d'aliments calents a T < 65° C	2
Preparació d'aliments amb excessiva antelació al consum	2
Aliments amb ou cru o insuficientment cuinat	1
Consum d'aliments crus o insuficientment cuinats	1
Escalfament insuficient o inadequat	1
Preparació de grans quantitats d'aliments amb desproporció servei/capacitat	1
Defectes o reparacions de la xarxa interna d'aigües	1
Deficient evacuació d'aigües residuals	1

Un mateix brot pot presentar més d'un factor

n: nombre de brots

Taula 57.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2006.
Brots notificats per tipus de font d'informació

Afectats	9
Hospitals	6
Atenció Primària IB Salut	5
IB Salut 061	1
Metges exercici privat	1
Centre Nacional d'Epidemiologia	1

Taula 58.- Brots alimentaris a les Illes Balears, 2006. Variables bàsiques

Notificador	Municipi	Àmbit	NA	Vehicle	Agent
CNE	Maó	hotel	2	desconegut	Desconegut
Afectats	Palma	bar-restaurant	14	més d'un aliment	Salmonel.la
Afectats	Palma	altres	3	desconegut	Desconegut
Afectats	Palma	bar-restaurant	2	desconegut	Desconegut
Afectats	Palma	bar-restaurant	3	desconegut	Desconegut
Afectats	Algaida	bar-restaurant	6	ou cru o poc cuit	Salmonel.la
IB-Salut 061	Es Castell	bar-restaurant	5	peix i marisc	Histamina
H.Manacor. Urgències	Manacor	bar-restaurant	15	rebosteria, pastisseria	Salmonel.la
CS S'Escorxador	Palma	bar-restaurant	4	conserves industrials	Histamina
CS E.Graduada	Palma	bar-restaurant	6	desconegut	Desconegut
Afectats	Santanyí	hotel	4	desconegut	Desconegut
Afectats	Ciutadella	bar-restaurant	2	ou cru o poc cuit	Salmonel.la
CS S'Escorxador	Marratxí	bar-restaurant	2	més d'un aliment	Desconegut
C.Juaneda. Pediatria	Ses Salines	hotel	5	desconegut	Salmonel.la
Afectats	Manacor	hotel	10	desconegut	Desconegut
Afectats	Palma	pastisseria	3	peix i marisc	Desconegut
H. Can Misses. M. Interna	S.Joan Labritja	familiar	3	ou cru o poc cuit	Salmonel.la
H. Can Misses. M. Interna	Eivissa	familiar	5	ou cru o poc cuit	Salmonel.la
Metge privat	Pollença	hotel	5	desconegut	Salmonel.la
CS Son Pisà	Palma	bar-restaurant	8	desconegut	Desconegut
H. Can Misses. Pediatria	Eivissa	familiar	5	ou cru o poc cuit	Salmonel.la
CS Son Pisà	Palma	bar-restaurant	2	desconegut	Desconegut
H. Son Llätzer. Pediatria	Palma	hipermercat	5	carn i embotits	Salmonel.la

NA= Nombre d'afectats

CNE= Centre Nacional d'Epidemiologia

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 59.- Brots de transmissió no alimentària a les Illes Balears, 2006. Variables Bàsiques

Notifica	Malaltia	Etiologia	Transmissió	NA	Àmbit
Direcció centre escolar	Escarlatina	<i>St pyogenes</i>	Respiratòria	3	Escolar
Afectats / Interessats	Escarlatina	<i>St pyogenes</i>	Respiratòria	6	Escolar
Direcció centre escolar	Escarlatina	<i>St pyogenes</i>	Respiratòria	5	Escolar
CS Escola Graduada	GEA	<i>Campylobacter</i>	Fecal-oral	3	Familiar
CS S'Arenal	GEA	Desconeguda	Desconeguda	34	Hotel
CS Son Pisà	GEA	Vírica (*)	Fecal-oral	4	Familiar
Emergències 112	GEA	Norovirus	Fecal-oral	20	Hotel
H Joan March	GEA	Norovirus	Fecal-oral	31	Hospital
H Psiquiàtric	GEA	Norovirus	Fecal-oral	19	Hospital
Residència geriàtrica	GEA	Vírica (*)	Fecal-oral	16	Residència
Residència geriàtrica	GEA	Desconeguda	Fecal-oral	46	Residència
Centre de dia geriàtric	GEA	Norovirus	Fecal-oral	17	Centre de dia
Residència geriàtrica	GEA	Norovirus	Fecal-oral	75	Residència
Residència geriàtrica	GEA	Rotavirus	Fecal-oral	29	Residència
Afectats / Interessats	GEA	Vírica (*)	Respiratòria	30	Hospital
CS Calvià	Grip	Virus grip B	Respiratòria	36	Escolar
H Son Dureta (HUSD)	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar
Ib Salut (Gerència)	Irrit. mucoses, cefalea	Clorpirifos	Respiratòria	18	Centre salut
CS Pollença	Parotiditis	Virus parotiditis	Respiratòria	4	Escolar
Residència geriàtrica	Sarna	<i>S scabiei</i>	Contacte directe	65	Residència
Residència geriàtrica	Sarna	<i>S scabiei</i>	Contacte directe	10	Residència
CS Coll d'En Rabassa / HUSD	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Hospital
H Can Misses	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Laboral
H Can Misses	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar
H Can Misses	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar
H Son Dureta	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar
HUSD / S Epi CA Extremadura	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	3	Familiar
H Son Llätzer	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar
H Son Llätzer / HUSD	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	3	Centre de dia
H Verge del Toro	Tuberculosi	<i>M tuberculosis</i>	Respiratòria	2	Familiar
Consulta mèdica privada	Uretritis	<i>N. gonorrhoeae</i>	Sexual	2	Club

Na: Nombre d'afectats; (*) Probable etiologia vírica, no confirmada; GEA: gastroenteritis aguda

Taula 60.- Casos importats de malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2006. Distribució per malaltia i notificador

	Legionel·losi	F. Tifoidea	Hepatitis A	Tuberculosi	Disenteria	Paludisme	Leishman.	Parotid	Total
H. Can Misses		1	1	4					6
C. Femenia	1								1
C. Rotger				1					1
H. Manacor					1	2			3
C. Palma-Planas						1			1
P. Miramar	1			1	2				4
H. Son Dureta	1			3		7	1		12
H. Alcudia	1								1
H. Son Llàtzer							10		10
H. V. Montetoro	1			2		1			4
CS Son Pisà						1			1
CS Pere Garau			1						1
CS Coll d'en R.						1		1	2
CS Santanyí						1			1
	5	1	2	11	3	14	11	1	48

Taula 61.- Casos importats de malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2006. Tipologia de cas

	Disenteria	F. Tifoidea	Hepat.A	Legionel.	Leishman.	Palud.	Paroti.	Tuberc.	Total
Immigrant estranger						4	1	5	10
Turistes amb residència habitual a:									
- Illes Balears	3			1		2			6
- Resta d'Espanya				1				2	3
- Països estrangers			1	3				1	5
Treballador temporal a països de risc			1						1
VFR's					1	17		1	19
Tripulació Marítima								1	1
Altres		1				1			2
Desconegut								1	1
Total	3	1	2	5	1	24	1	11	48

VFR's: Visiting Friends or Relations

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Taula 62.- Casos importats de malalties de declaració obligatòria a les Illes Balears, 2006. Lloc més probable d'adquisició de la malaltia

	F. Tifoidea	Disenteria	Tuberculosi	Parotiditis	Palud.	Legionel.	Hepat.A	Leishmaniosi	Total
Alemanya			1						1
Bolívia			1						1
Camerun					2				2
Costa Marfil					1				1
Costa Rica					1				1
Xina				1					1
Espanya			2			2			4
França						1			1
Gàmbia			1						1
Ghana					2				2
Guinea Eq					2			1	3
Holanda			1						1
Índia	1								1
Mali			1		2				3
Marroc			1				1		2
Nigèria					9				9
Paraguay			1						1
Perú		2							2
Portugal		1							1
R. Dominicana							1		1
Regne Unit						2			2
Senegal					5				5
Desconegut			2						2
Total	1	3	11	1	24	5	2	1	48

ÍNDEX DE FIGURES

Figures	Pag.
1 Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols (pediatres i metges de família). Anys 1997-2006	86
2 Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols per illes. Anys 1997-2006	86
3 Diarrea infecciosa aguda. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	87
4 Diarrea infecciosa aguda. Taxes anuals. Anys 1997-2006	87
5 Febre exantemàtica mediterrània. Taxes anuals. Anys 1997-2006	88
6 Febre recurrent per paparres. Taxes anuals. Anys 1997-2006	88
7 Grip. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	89
8 Grip. Taxes quadrisetmanals. Anys 1997-2006	89
9 Grip. Temporada gripal 2005-2006 i canal endemoepidèmic	90
10 Infecció gonocòccica. Taxes anuals. Anys 1997-2006	90
11 Sífilis. Taxes anuals. Anys 1982-2006	91
12 Varicel·la. Taxes quadrisetmanals i canal endemoepidèmic	91
13 Varicel·la. Taxes quadrisetmanals. Anys 1997-2006	92
14 Disenteria bacil·lar. Casos i taxes anuals. Anys 1997-2006	92
15 Febre tifoide. Casos i taxes anuals. Anys 1997-2006	93
16 Hepatitis A. Taxes anuals i tendència. Anys 1997-2006	93
17 Hepatitis B. Taxes anuals globals i per illa. Anys 1997-2006	94
18 Altres hepatitis víriques. Taxes anuals globals i per illa. Anys 1997-2006	94
19 Legionel·losi. Taxes anual. Incidència a població autòctona y a població turística. Anys 1999-2006	95
20 Leishmaniosi. Taxes anuals. Anys 1997-2006	95
21 Malaltia meningocòccica. Casos per mes d'inici de símptomes i canal endemoepidèmic	96
22 Malaltia meningocòccica. Casos per temporada	96
23 Malaltia meningocòccica. Taxes anuals. Anys 1997-2006	97
24 Malaltia meningocòccica. Evolució dels serogrupos. Anys 1990-2006	97
25 Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i> . Casos i taxes. Anys 1997-2006	98
26 Parotiditis. Taxes anuals. Anys 1997-2006	98
27 Rubèola. Taxes anuals. Anys 1997-2006	99
28 Tètan. Taxes anuals. Anys 1997-2006	99
29 Tos ferina. Taxes anual (anys 1997-2006) i mediana 2001-2005	100
30 Tuberculosi respiratòria. Taxes anuals i tendència. Anys 1997-2006	100
31 Tuberculosi respiratòria. Taxes i tendència per illa. Anys 1997-2006	101
32 Tuberculosi respiratòria. Taxes per sexe. Anys 1999-2006	101
33 Tuberculosi no respiratòria. Taxa i tendència. Anys 1997-2006	102
34 Lepra. Casos segons any de diagnòstic. Anys 1951-2006	102
35 Sida. Taxes per illa. Anys 1986-2006	103
36 Sida. Taxes per grups d'edat. Anys 1992-2006	103
37 Sida. Percentatge de casos per categoria de transmissió. Anys 1987-2006	104
38 Sida. Variació de la taxa de les Comunitats Autònomes. Anys 2006-2005	104
39 Xarampió. Taxes anuals (anys 1997-2006) i mediana 2001-2005	105
40 Brots de transmissió alimentària per illa i mediana 2001-2005	105
41 Brots de transmissió alimentària d'etiologia infecciosa (anys 1988-2006). Distribució per microorganisme.	106
42 Brots no alimentaris (anys 1997-2006) i mediana 2001-2005	106
43 Casos importats. Casos per any. Anys 1990-2006	107
44 Casos importats. Paludisme i Tuberculosi. Casos per any. Anys 1990-2006	107

Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 1.- MDO a les Illes Balears. Anys 1997-2005 Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols. Comunicats rebuts sobre els esperats, en percentage (Metges F.: Metges de família)

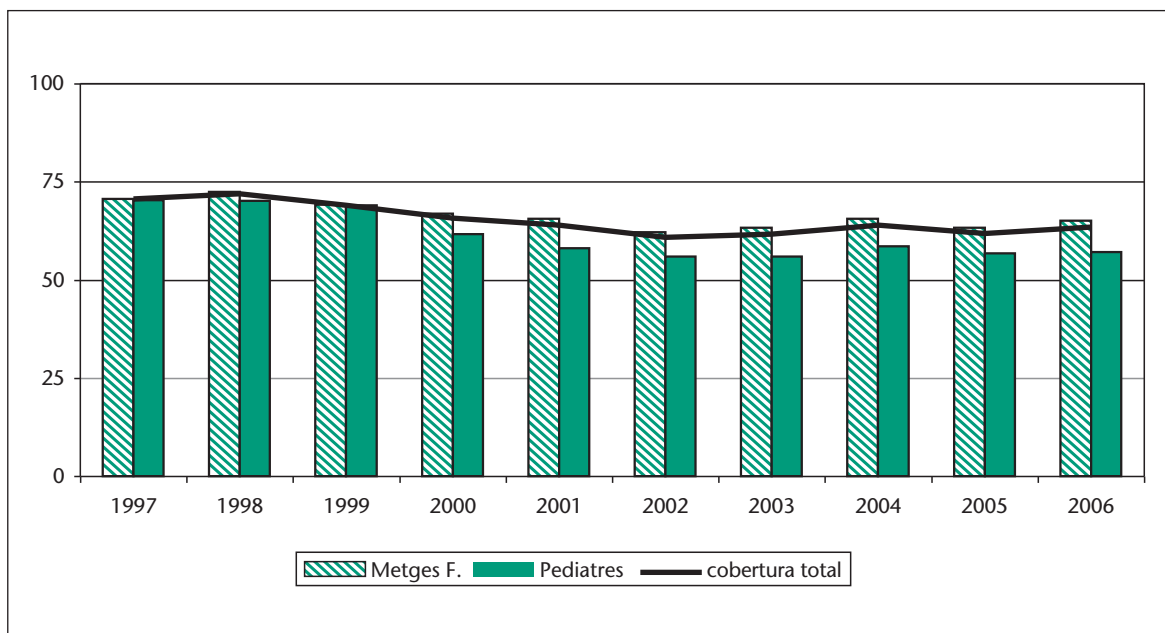


Figura 2.- MDO a les Illes Balears, 1997-2006. Atenció Primària. Cobertura de la tramesa de protocols per illes. Percentatges de protocols rebuts respecte a esperats

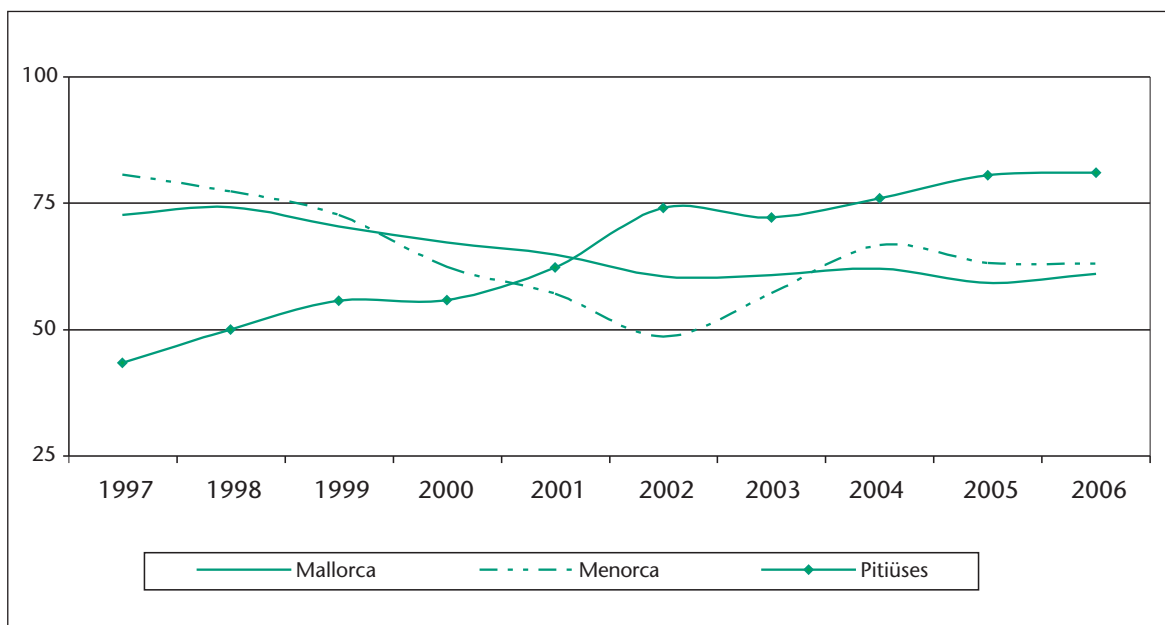


Figura 3.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 2006
 Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic

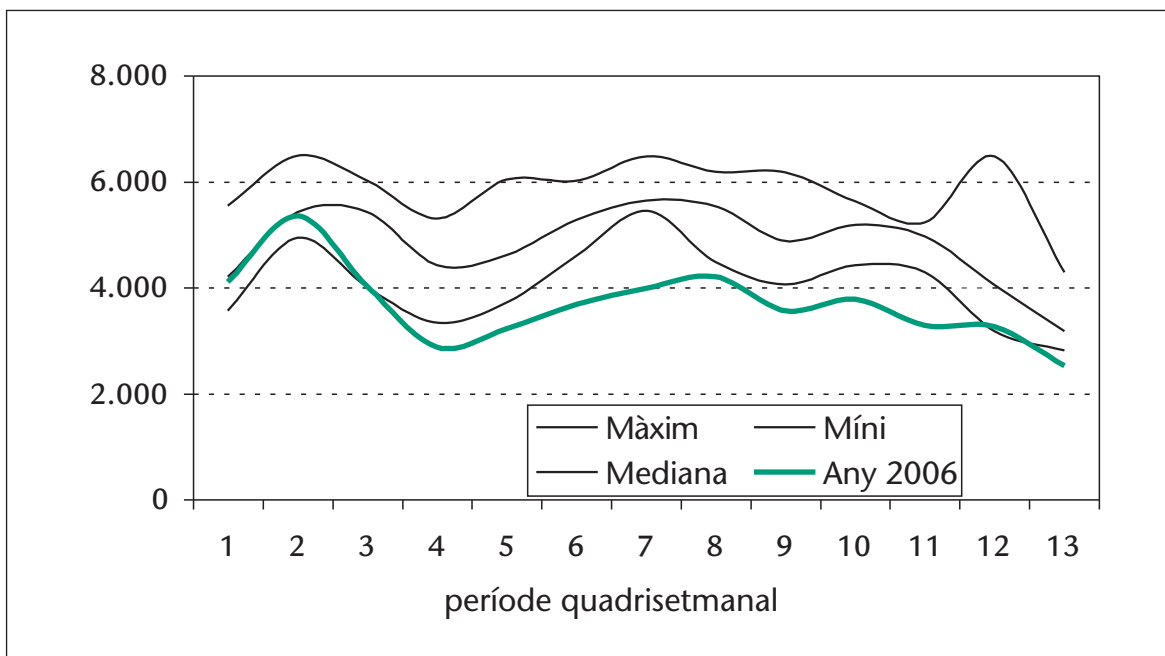
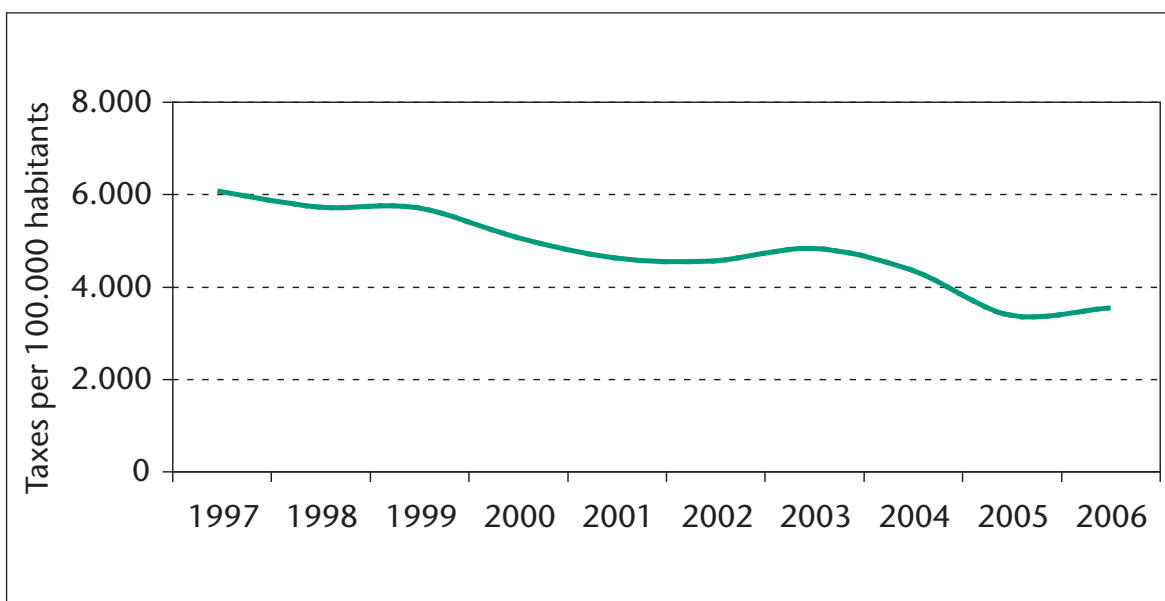
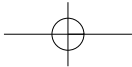


Figura 4.- Diarrea infecciosa aguda a les Illes Balears, 1997-2006.
 Taxes per 100.00





Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 5.- Febre exantemàtica mediterrània (febre botonosa) a les Illes Balears, 1997-2006. Taxes per 100.000

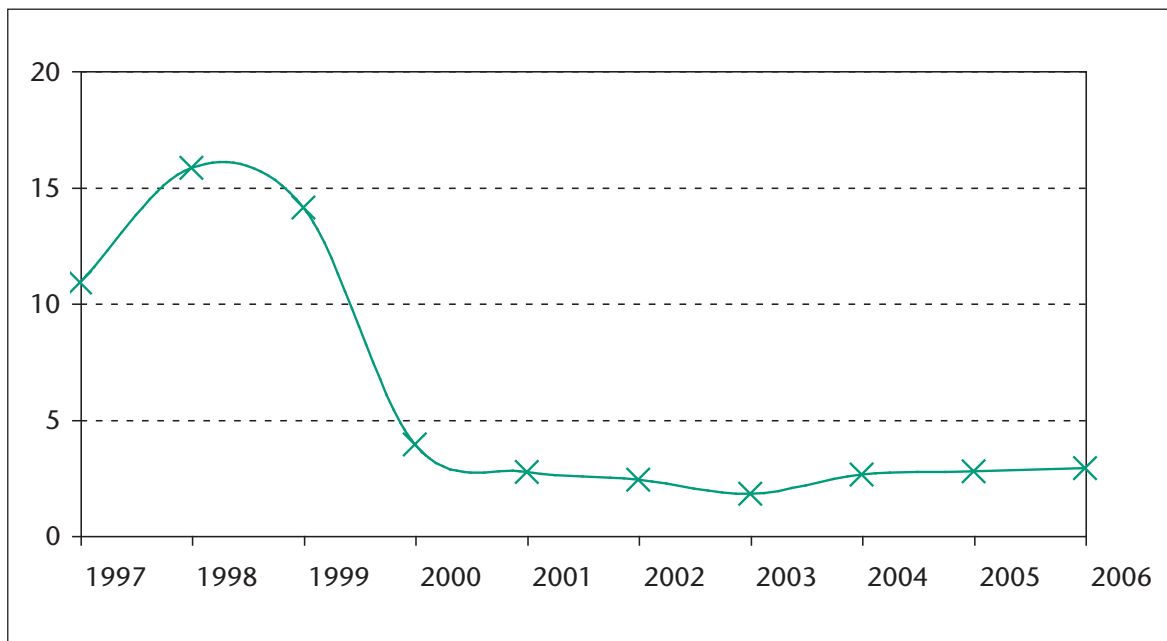


Figura 6.- Febre recurrent per paparres a les Illes Balears, 1997-2006. Taxes per 100.000

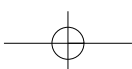
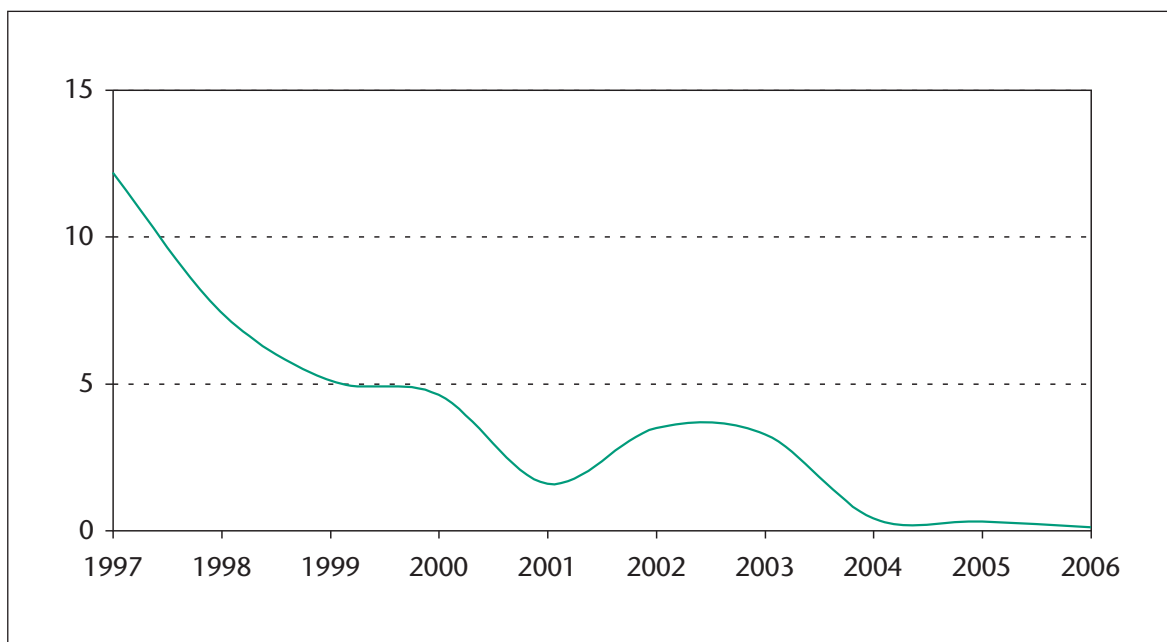


Figura 7.- Grip a les Illes Balears, 2006.
 Taxes quadrisetmanals per 100.000 i canal endemoepidèmic.

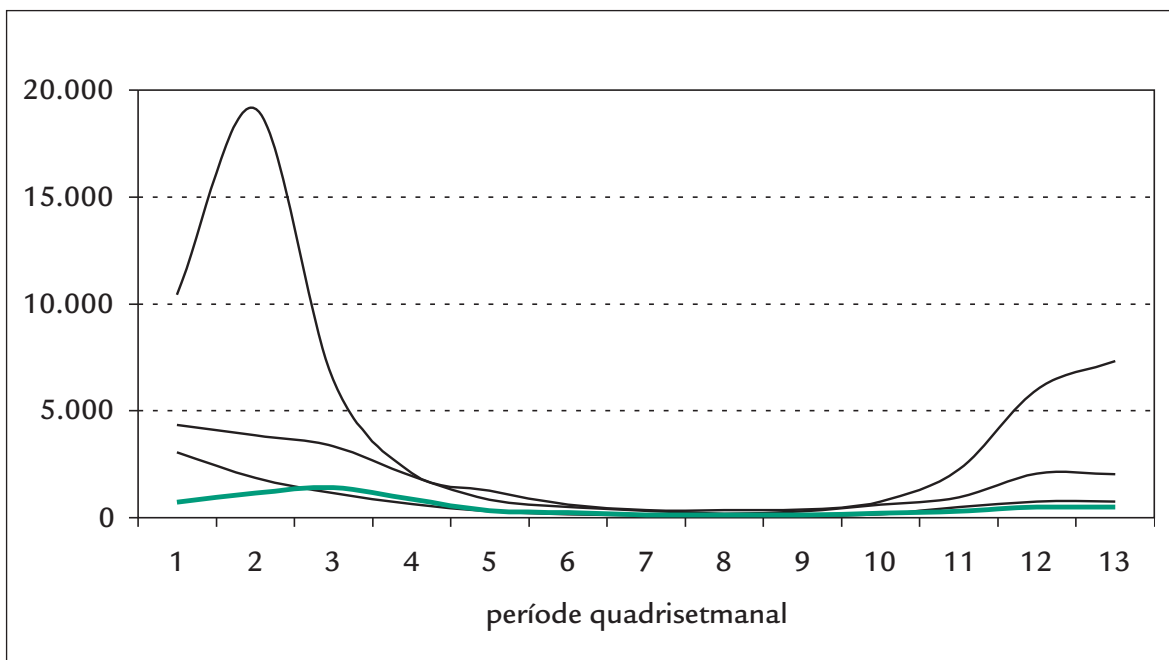
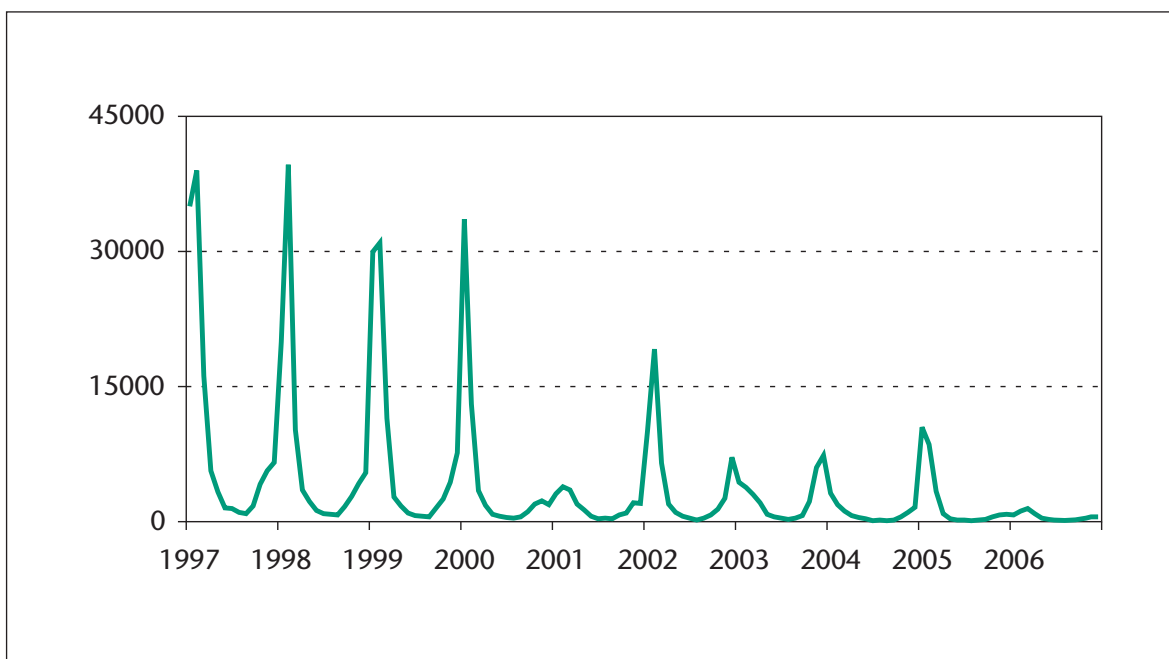


Figura 8.- Grip a les Illes Balears, 1997-2006
 Taxes quadrisetmanals per 100.000



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 9.- Temporada gripal 2005-2006, Illes Balears
Canal endemoepidèmic

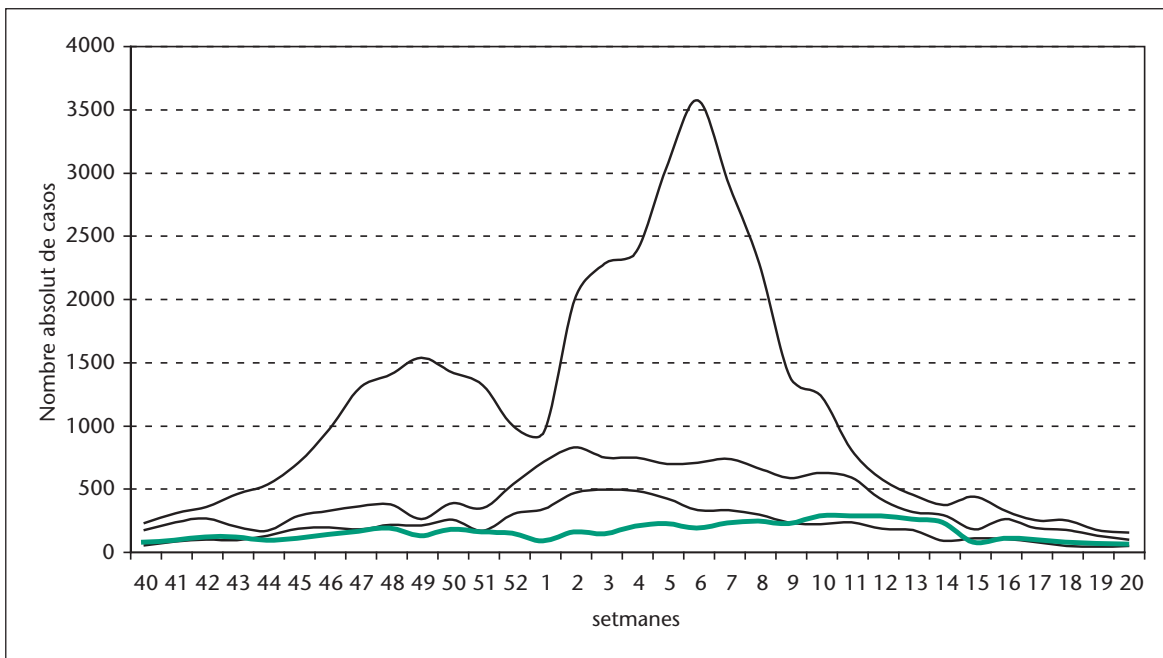


Figura 10.- Infecció gonocòccica a les Illes Balears, 1997-2006
Taxes per 100.000

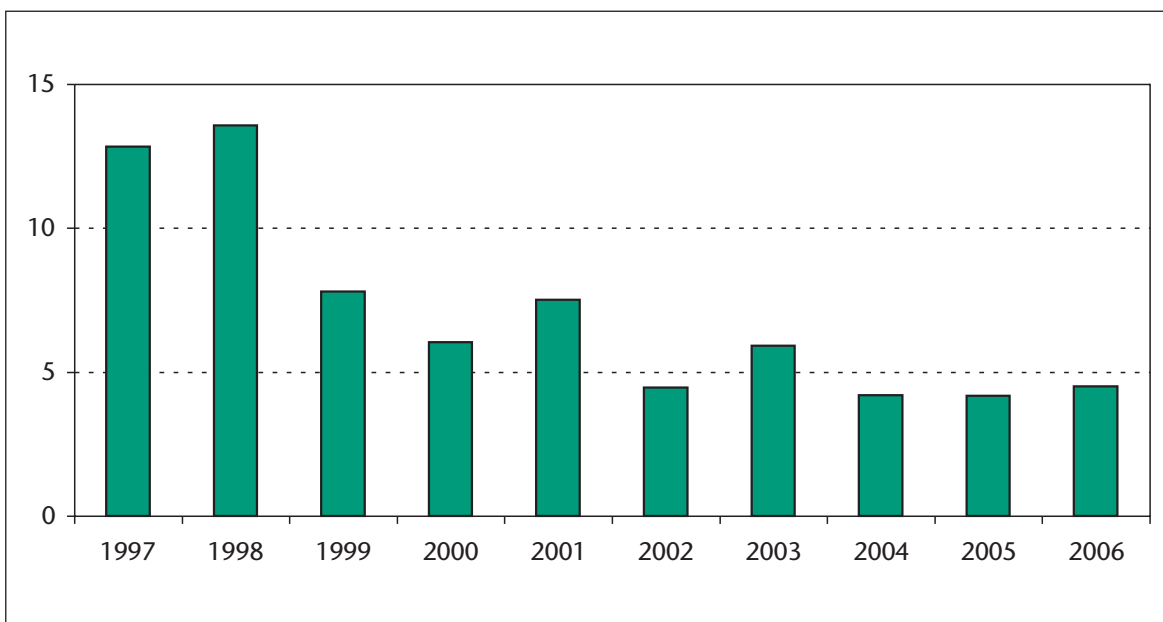


Figura 11.- Sífilis a les Illes Balears, sèrie històrica 1982-2006
 Taxes per 100.000

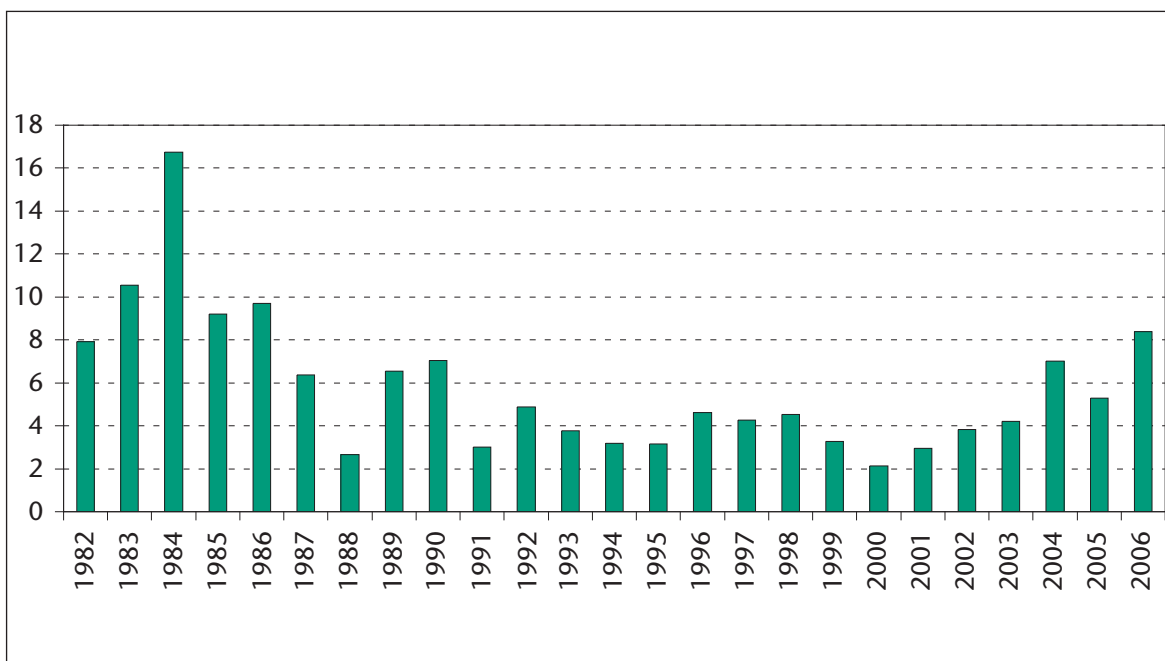
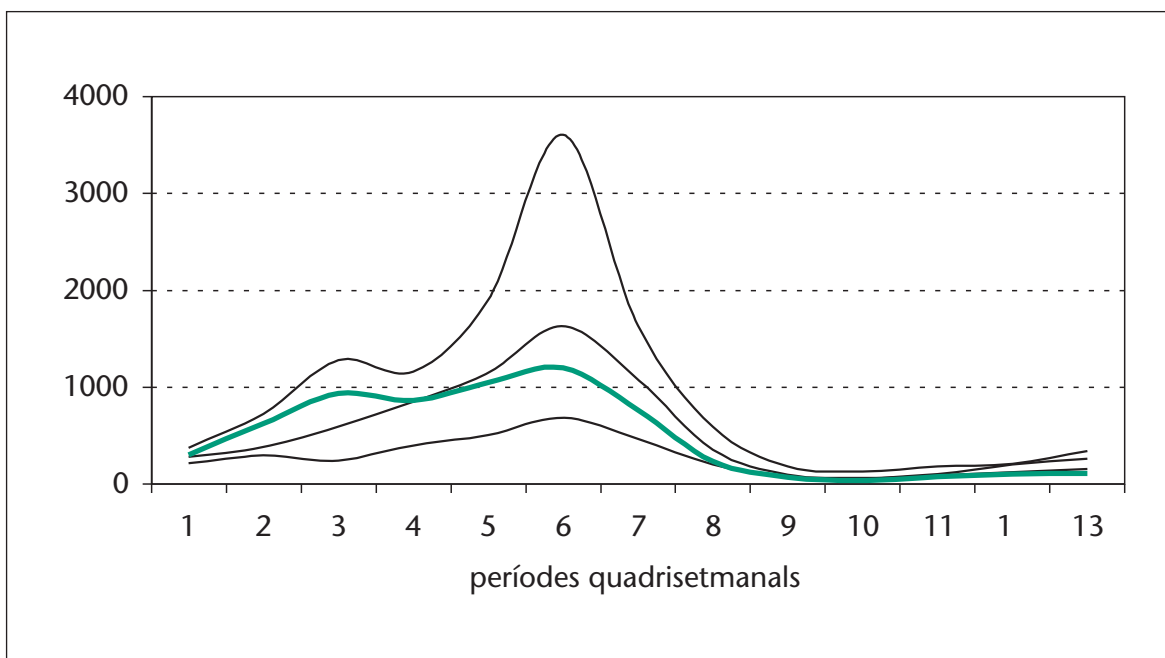


Figura 12.- Varicel·la a les Illes Balears, 2006
 Taxes quadrisetmanals per 100.000. Canal endemoepidèmic



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 13.- Varicel·la a les Illes Balears, 1997-2006
Taxes quadrisetmanals per 100.000

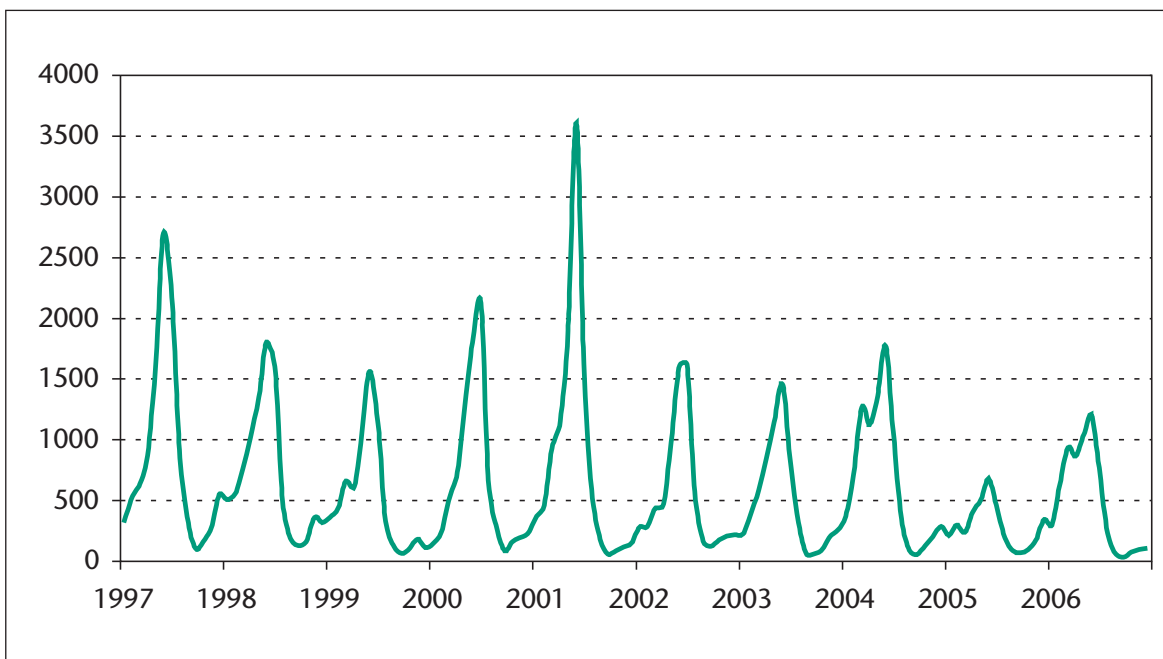


Figura 14.- Disenteria bacil·lar a les Illes Balears, 1997-2006.
Casos i taxes per 100.000

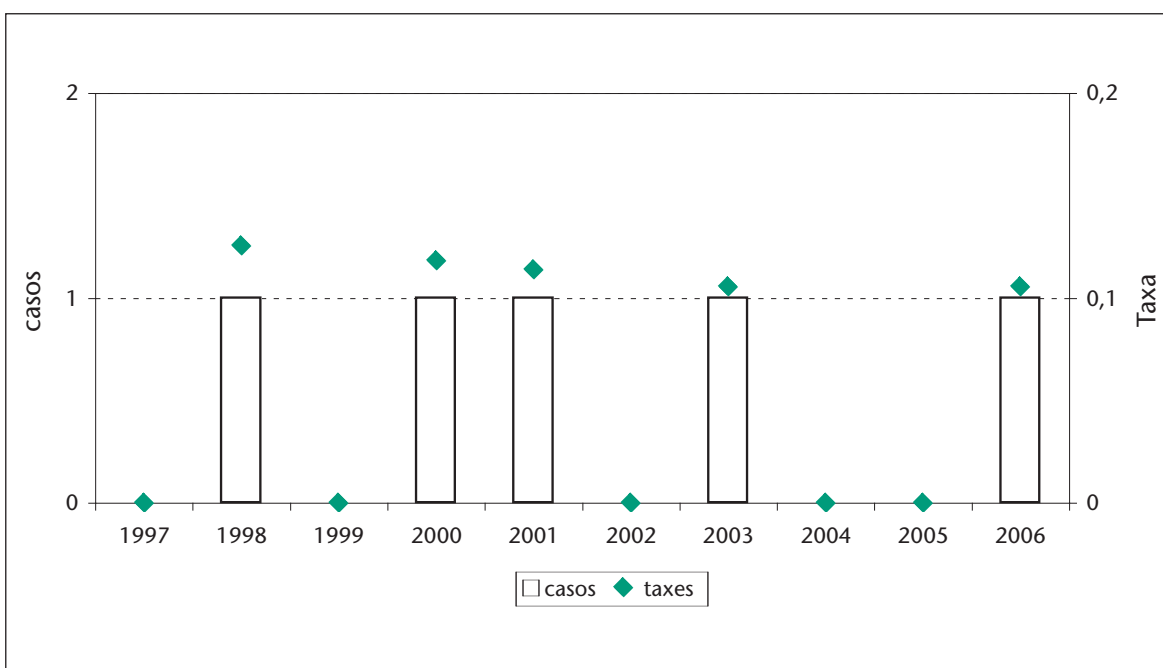
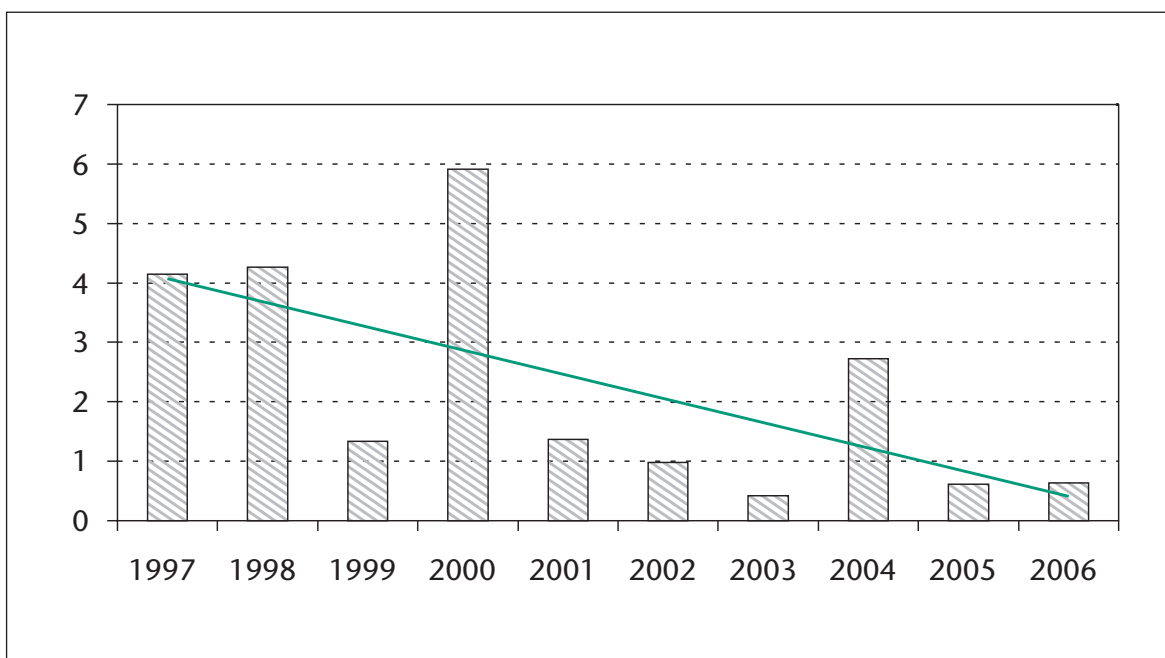


Figura 15.- Febre tifoide a les Illes Balears, 1997-2006.
Casos i taxes per 100.000



Figura 16.- Hepatitis A a les Illes Balears, 1997-2006
Taxes anuals per 100.000 i tendència.



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 17.- Hepatitis B a les Illes Balears, 1997-2006
Taxa per 100.000

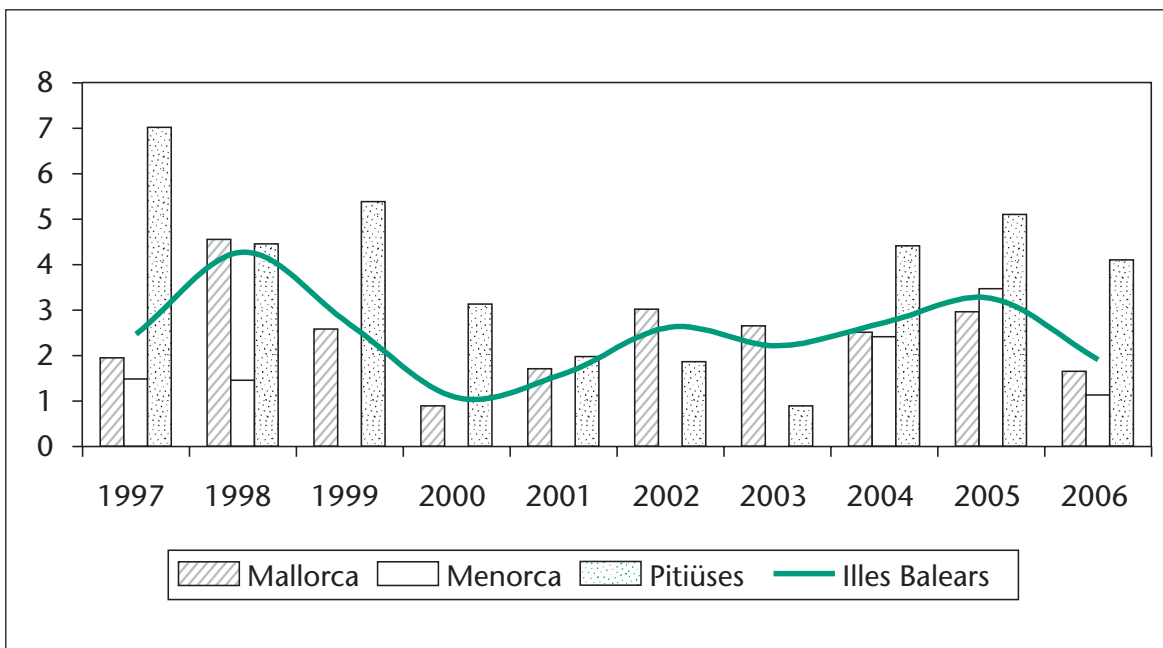


Figura 18.- Altres hepatitis (C, D, E) a les Illes Balears, 1997-2006. Taxa per 100.000

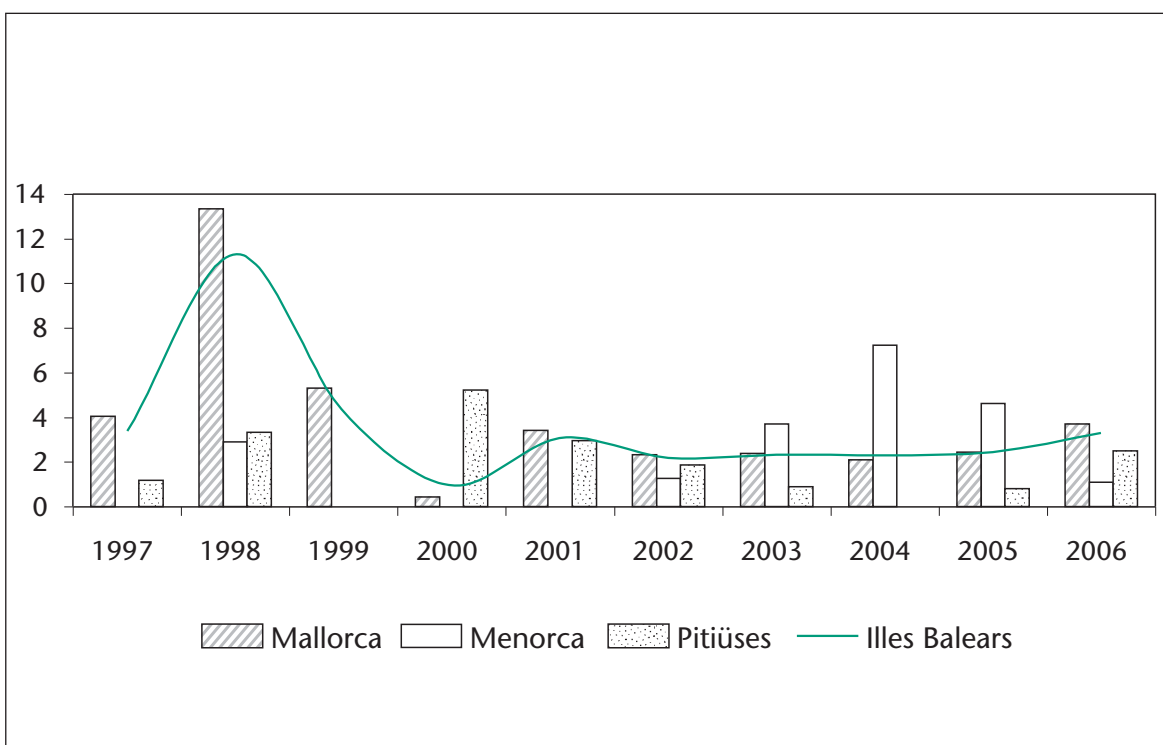


Figura 19.- Legionel·losi a les Illes Balears, 1999-2006. Taxa global i autòctona (exclusos casos-turistes). Casos a turistes. Taxa per 100.000

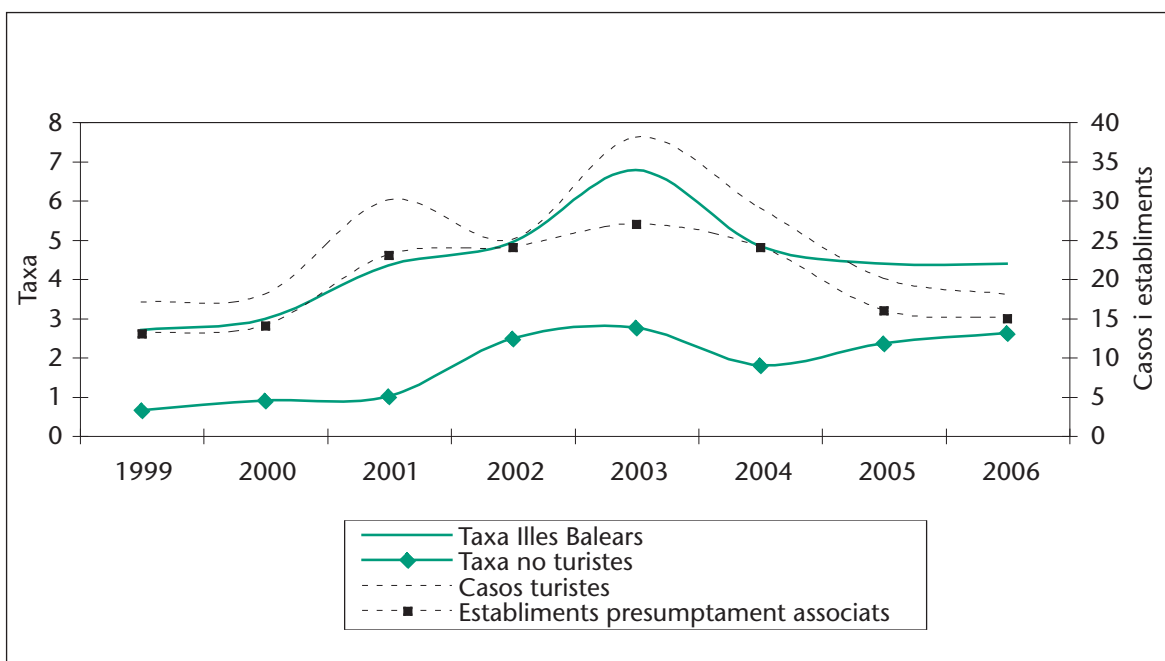
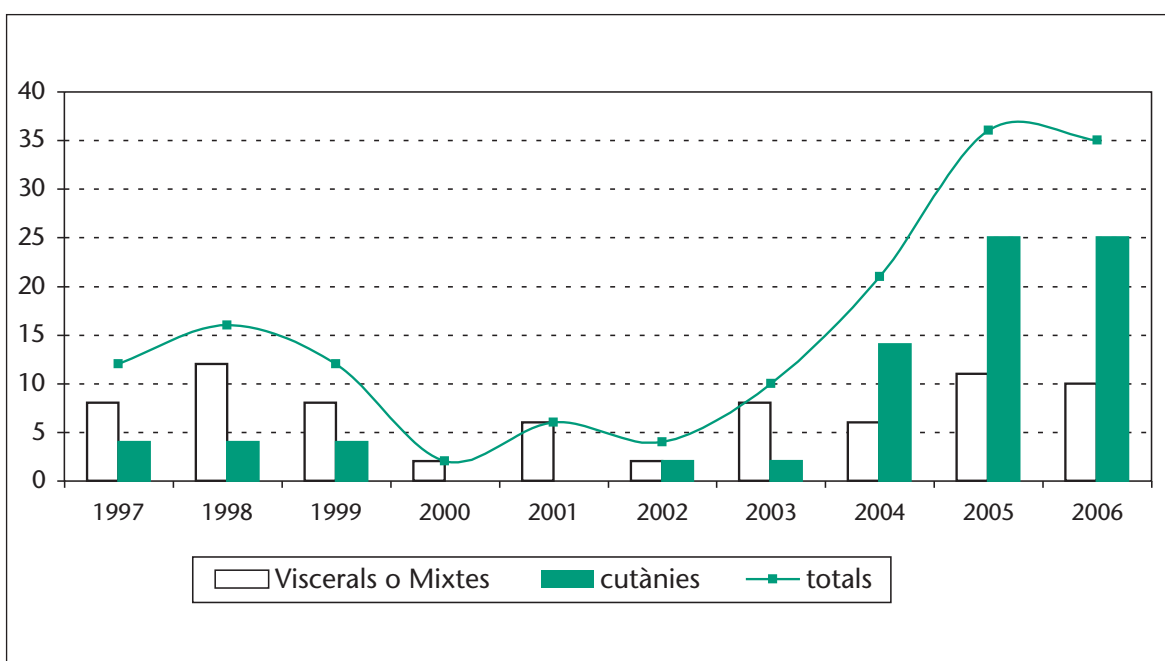


Figura 20.- Leishmaniosi a les Illes Balears, 1997-2006. Evolució del nombre de casos



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 21.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2006. Casos per mes d'inici de símptomes. Comparació amb període 1999-2005.

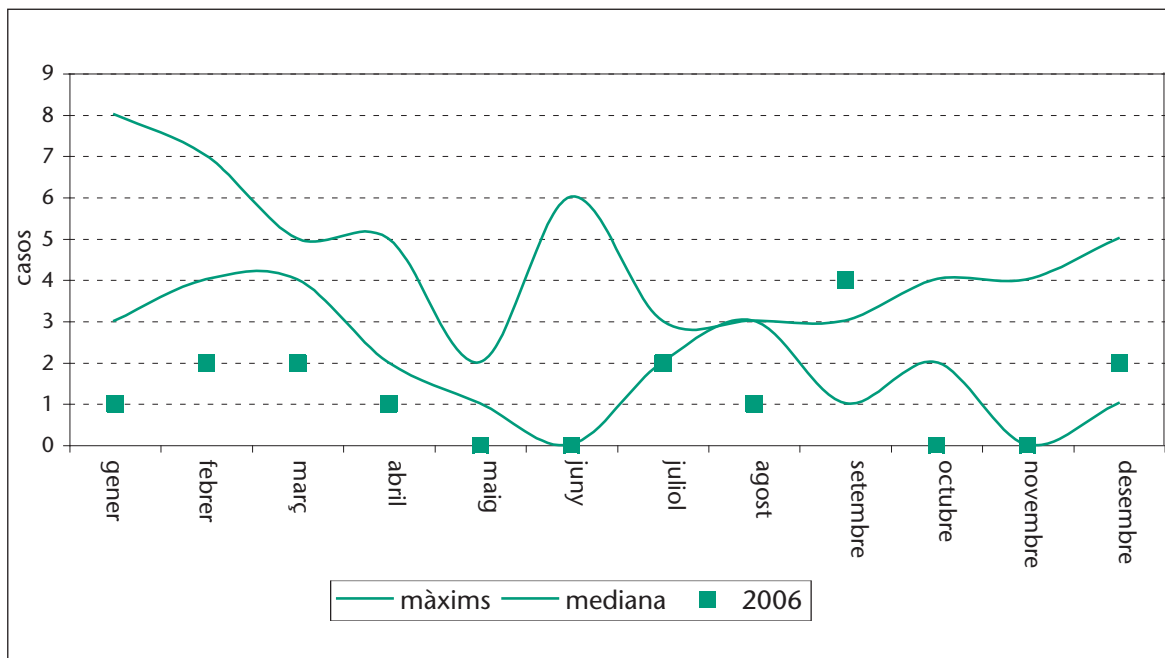


Figura 22.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 2006. Casos per temporada

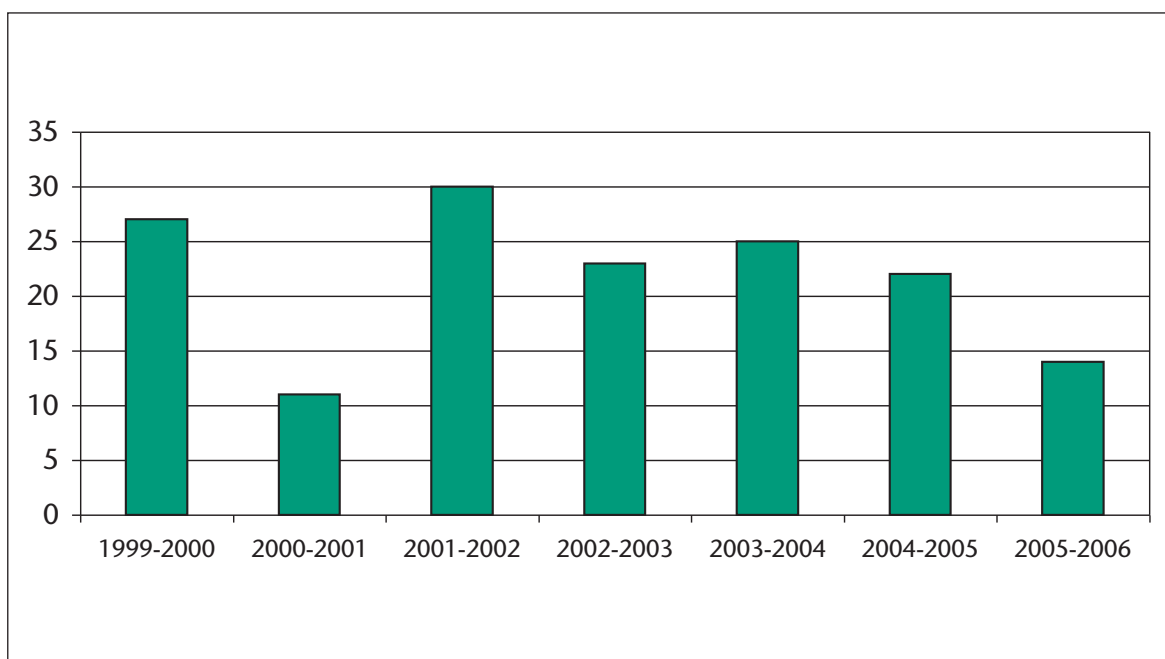


Figura 23.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1997-2006. Evolució de la taxa. Taxa per 100.000

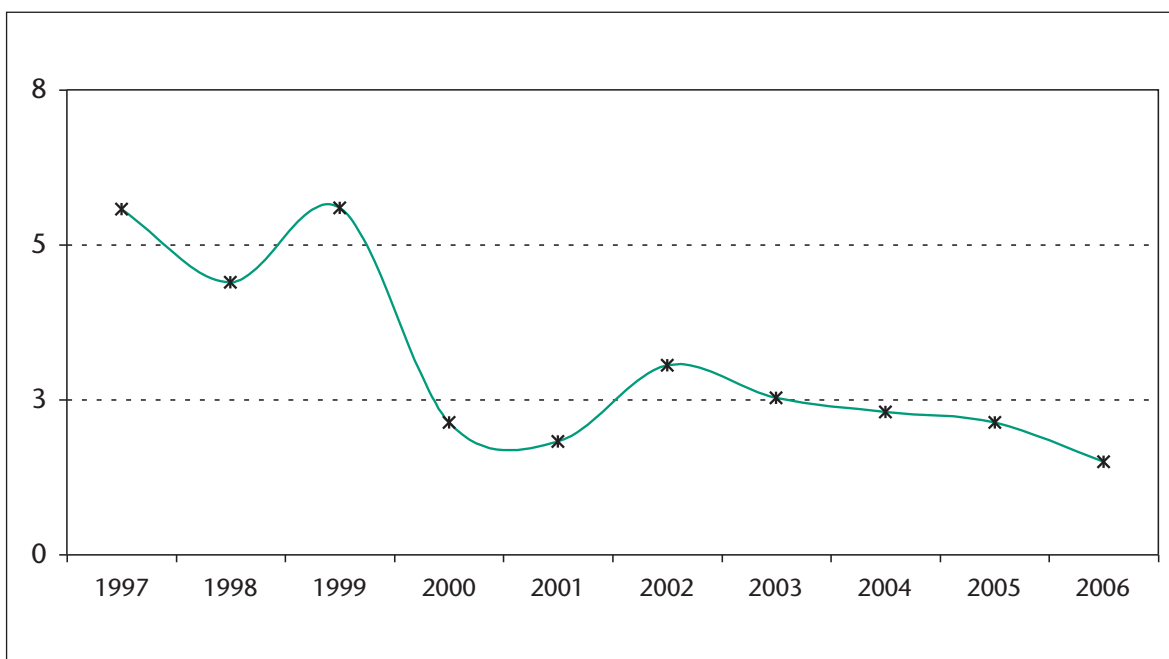
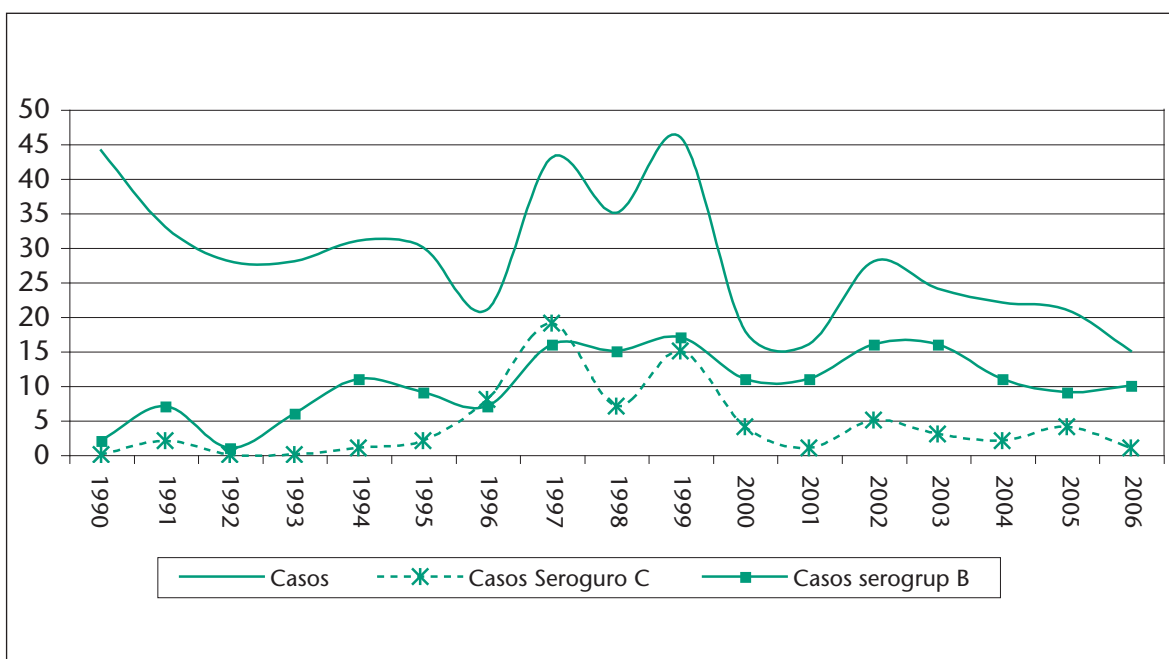


Figura 24.- Malaltia meningocòccica a les Illes Balears, 1997-2006. Evolució dels serogrups



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 25.- Malaltia invasiva per Haemophilus influenza a les Illes Balears, 1997-2006.
Casos i taxes per 100.000.
(Anys 1997, 2005 i 2006 sense casos detectats)

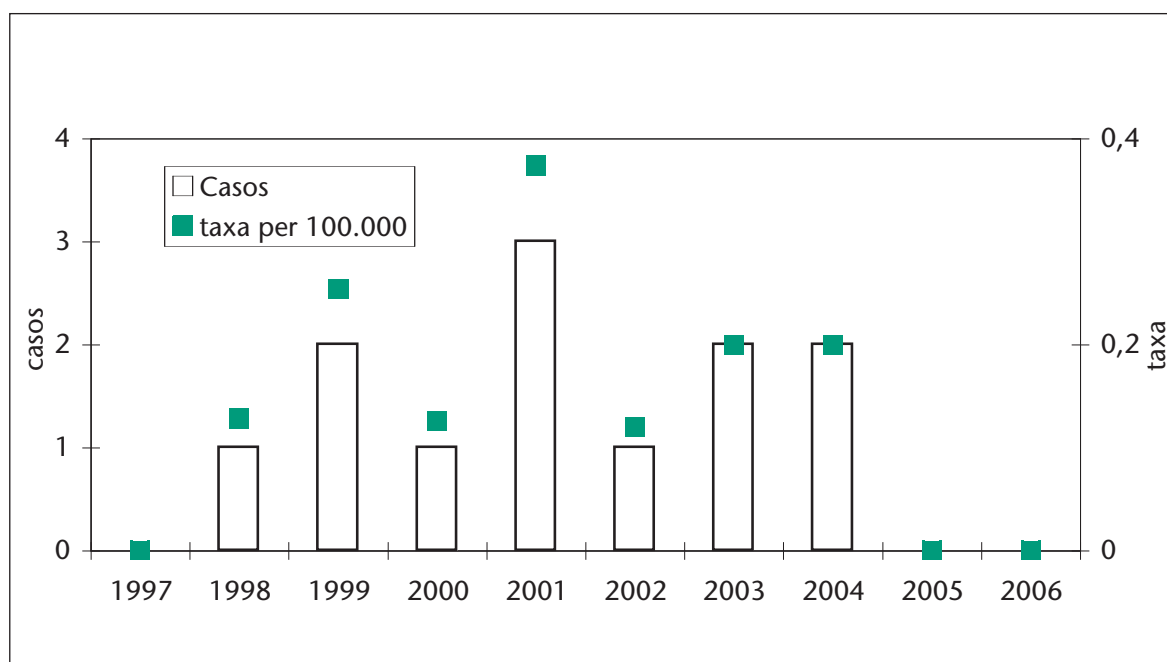


Figura 26.- Parotiditis a les Illes Balears, 1997-2006.
Evolució de la taxa per 100.000

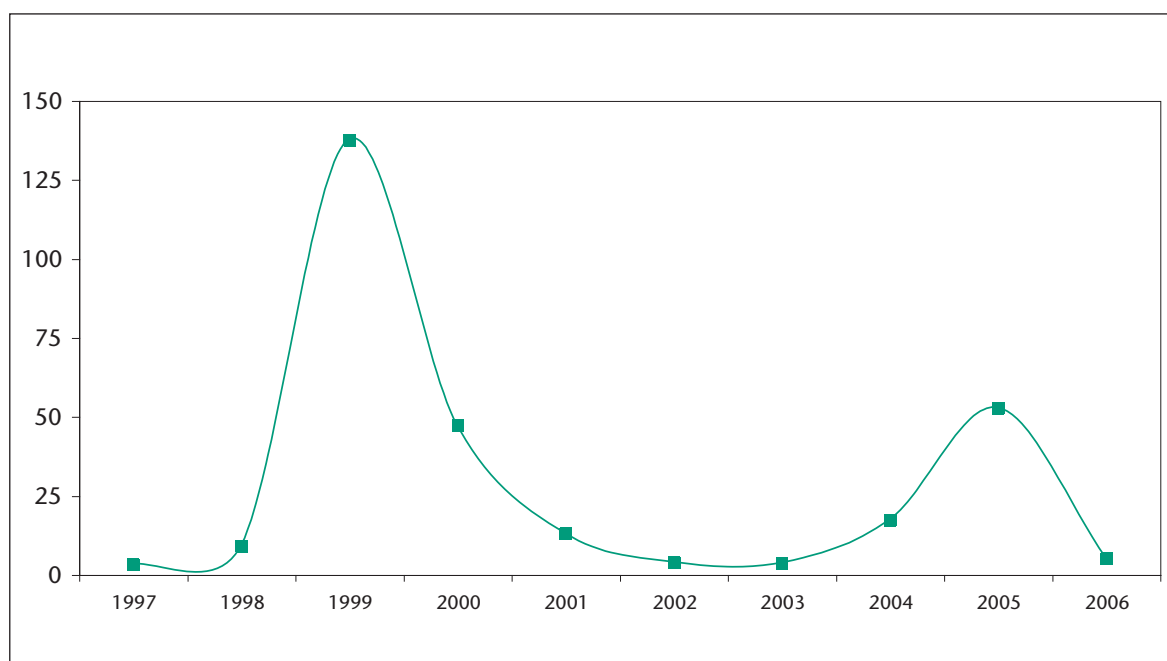


Figura 27.- Rubèola a les Illes Balears, 1997-2006
Evolució de la taxa per 100.000

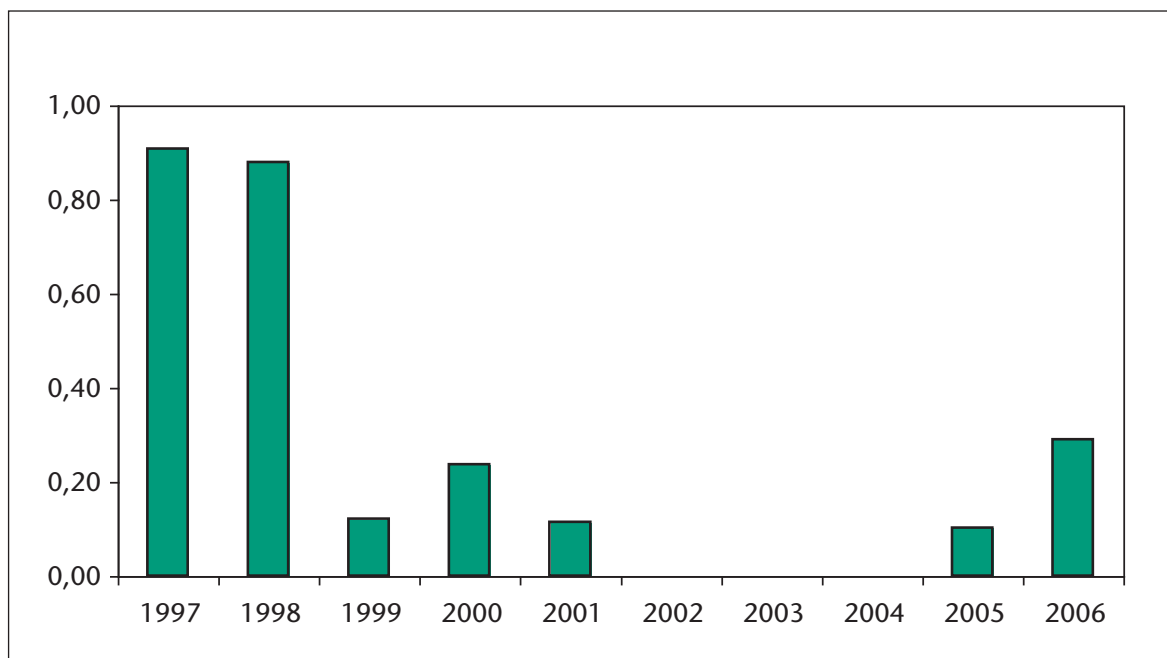
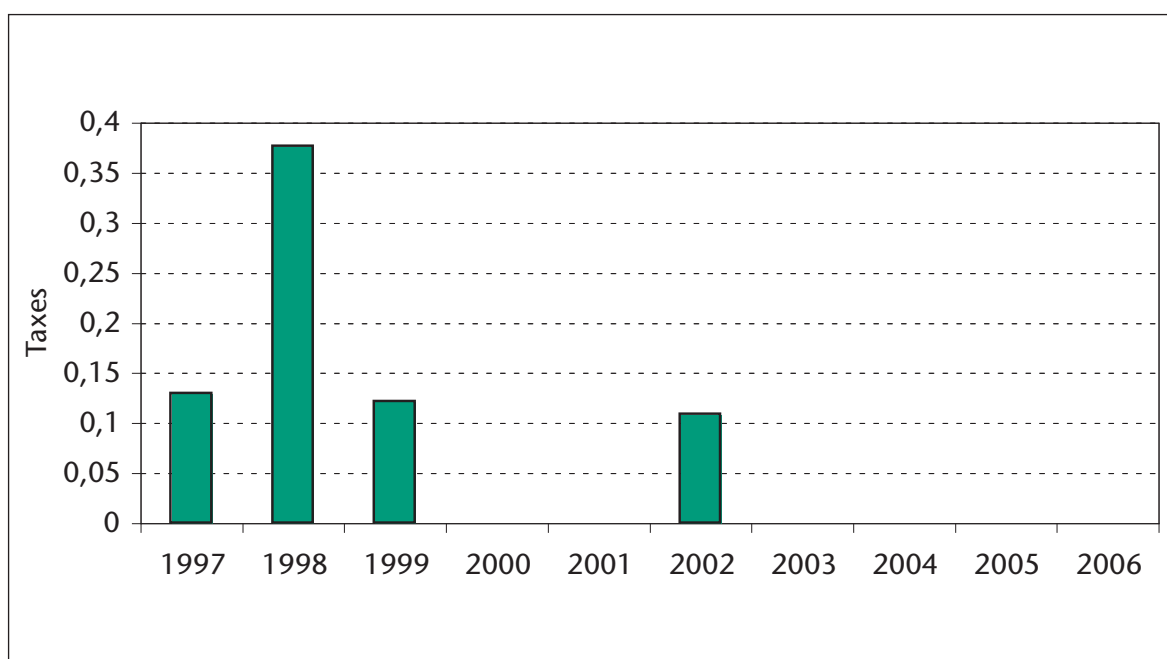


Figura 28.- Tètan a les Illes Balears, 1997-2006.
Evolució de la taxa per 100.000
(Anys 2000, 2001 i 2003-2006 sense casos detectats)



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 29.- Tos ferina a les Illes Balears, 1997-2006
Taxa anual per 100.000 i mediana 2001-2005

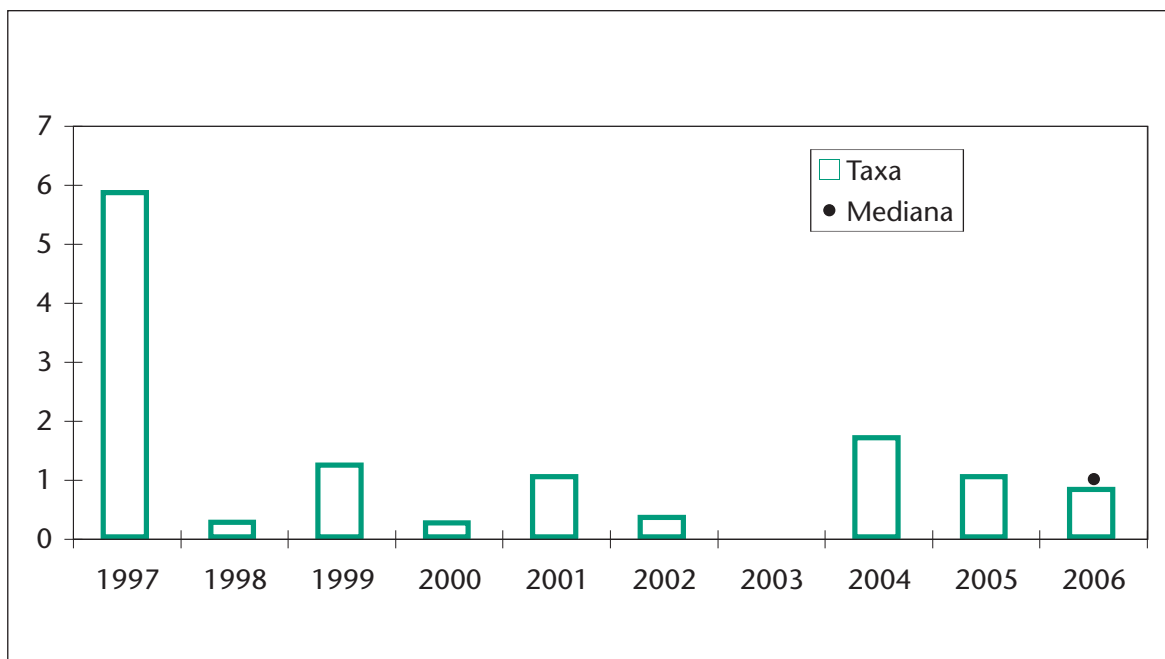


Figura 30.- Tuberculosi respiratòria. Illes Balears, 1997-2006.
Evolució de la taxa i tendència. Taxes per 100.000

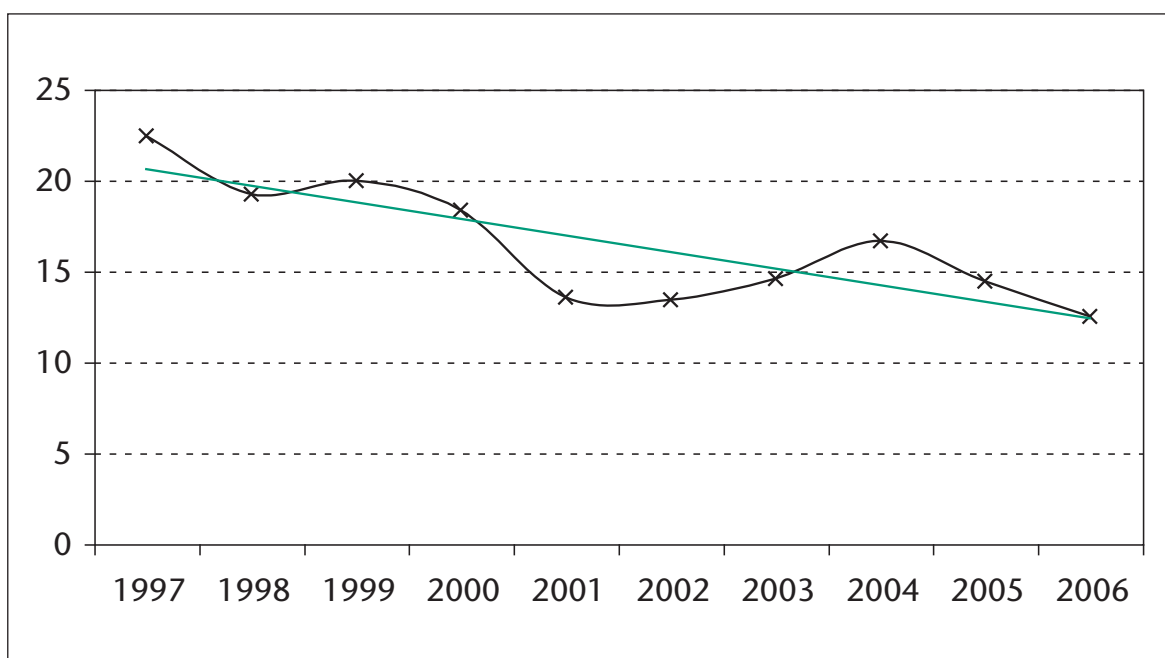


Figura 31.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 1997-2006. Taxes per 100.000 i tendència per illa.

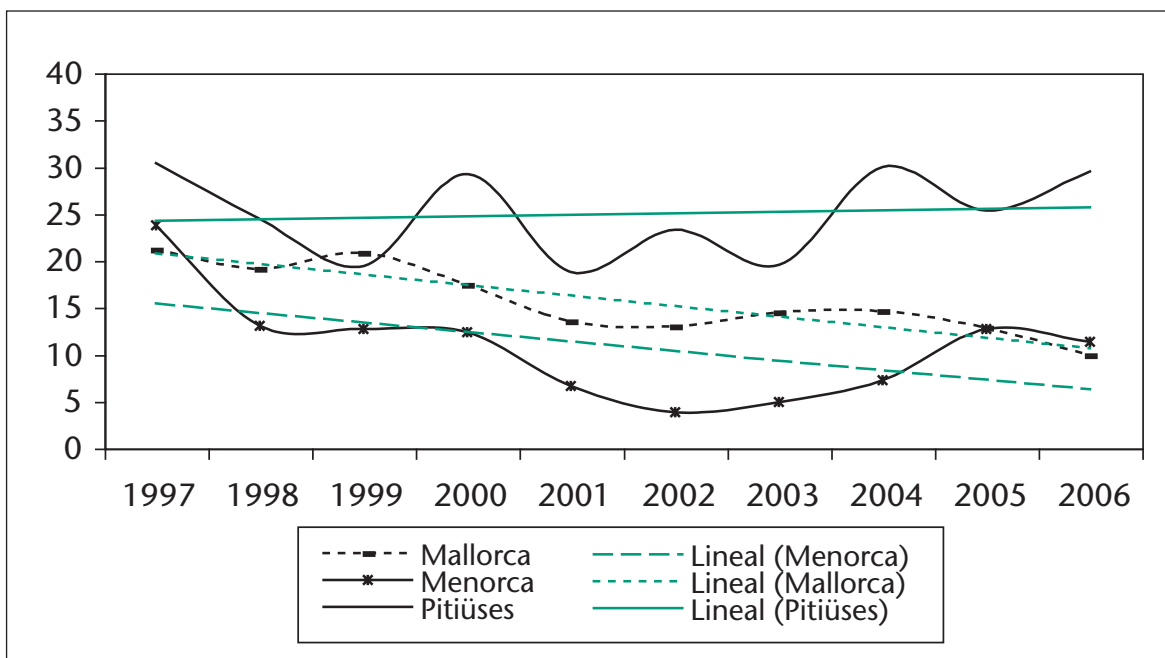
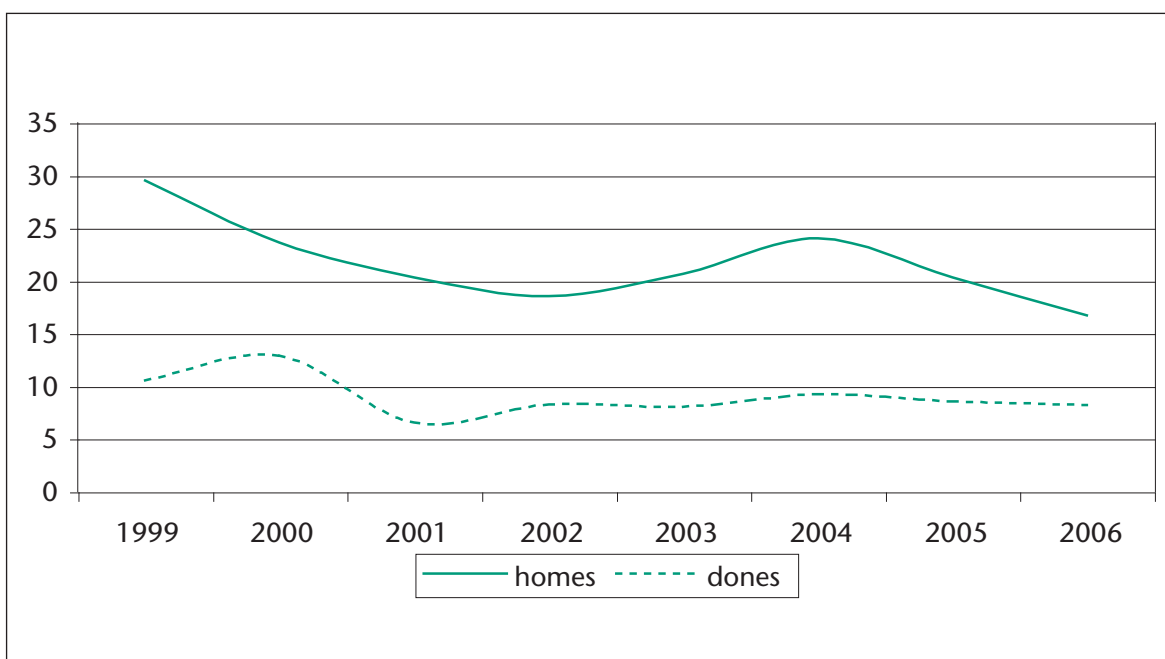


Figura 32.- Tuberculosi respiratòria a les Illes Balears, 1999-2006. Taxes per sexe. Taxes per 100.000



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 33.- Tuberculosi no respiratòria a les Illes Balears, 1997-2006. Evolució de la taxa per 100.000 i tendència.

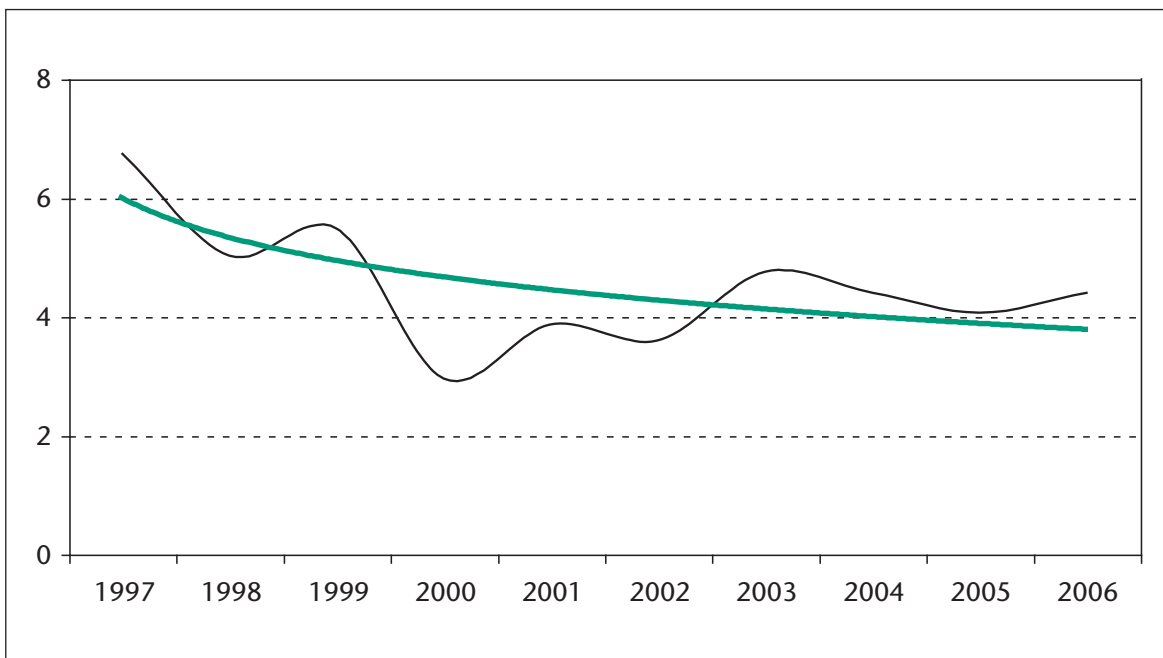


Figura 34.- Registre de lepra a les Illes Balears, 1951-2006. Casos detectats des de l'inici del registre (1991) segons anys de diagnòstic. Recerca retrospectiva (1951-1990). Declaració de casos incidents, segons l'origen (1991-2006)

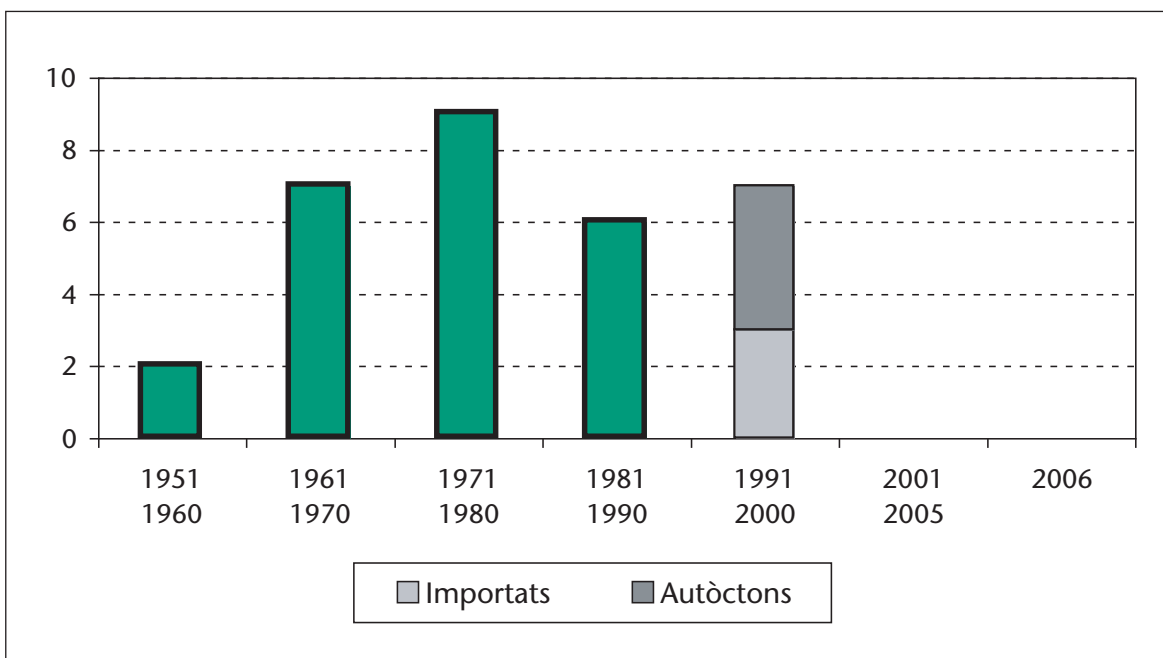


Figura 35.- Sida a les Illes Balears, 1986-2006. Taxes per any i illa. Taxes per milió. Dades actualitzades a 31/12/2006.

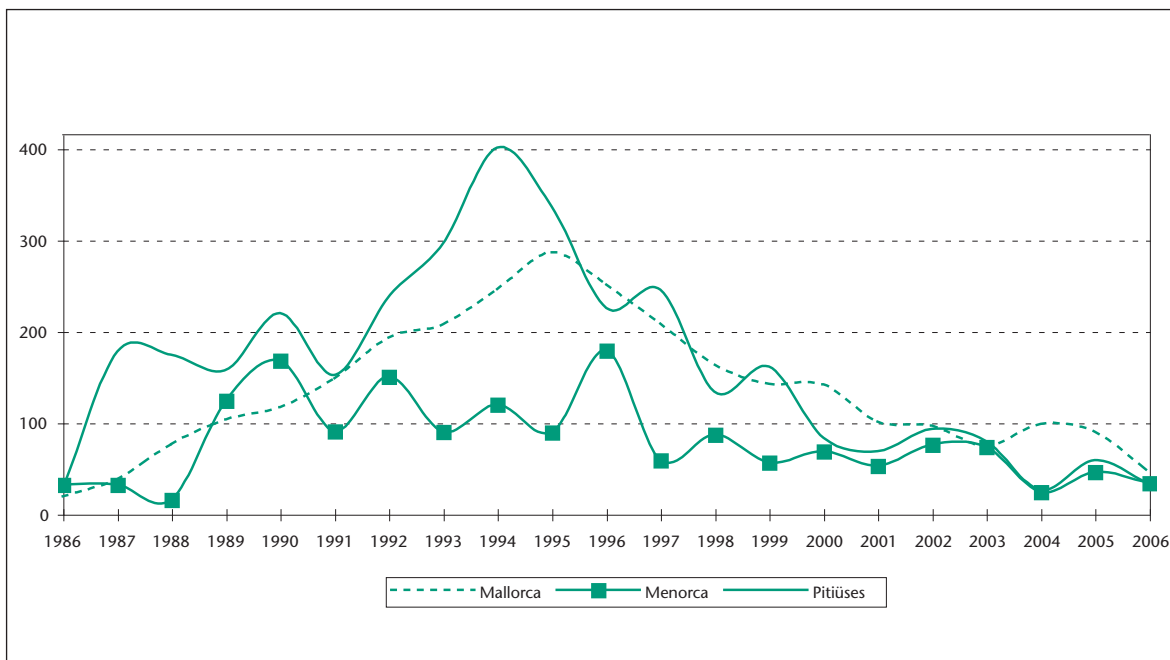
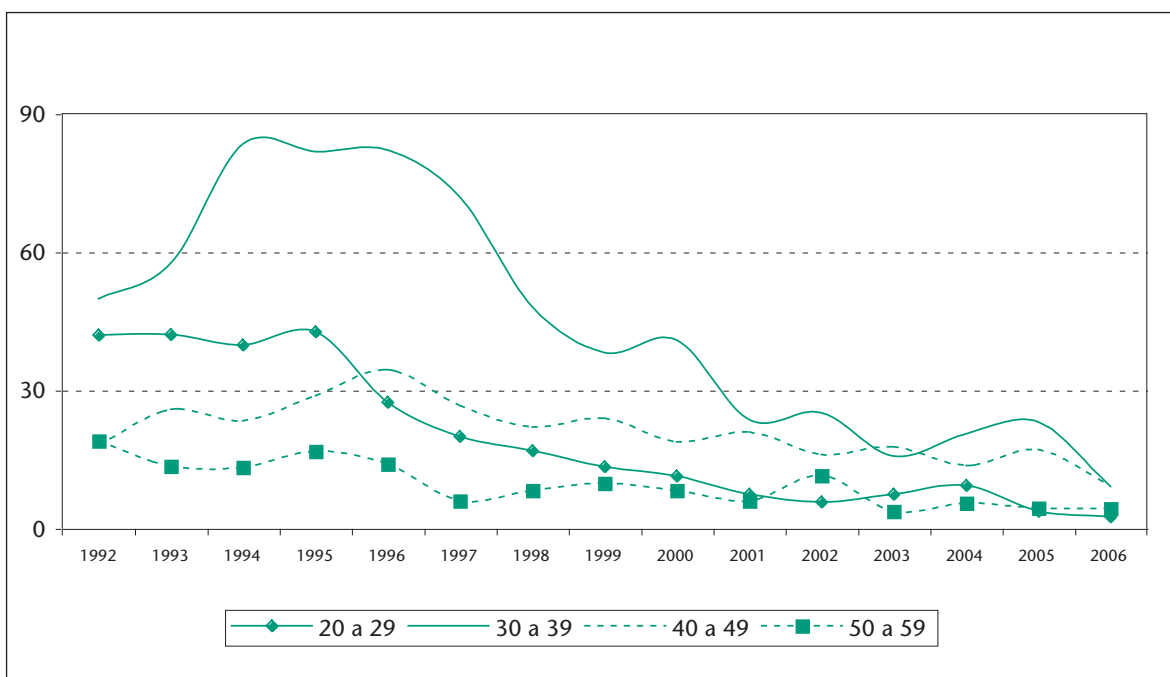


Figura 36.- Sida a les Illes Balears, 1992-2006. Taxes anuals per grups d'edat, per 100.000. Dades actualitzades a 31/12/2006.



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 37. Sida a les Illes Balears. Evolució del percentatge de les principals categories de transmissió. Dades des de l'any 1987

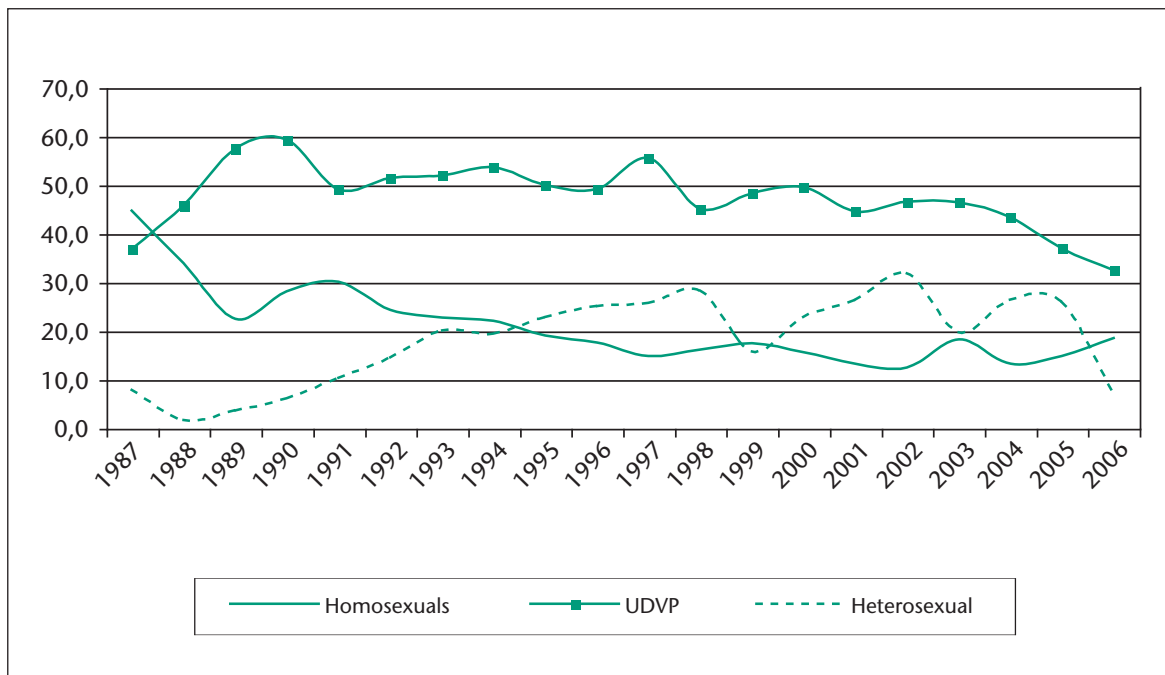


Figura 38.- Sida a Espanya. Variació de la taxa 2006 vs 2005, per Comunitat Autònoma (Font: Centre Nacional d'Epidemiologia). Dades actualitzades a 31/12/2006

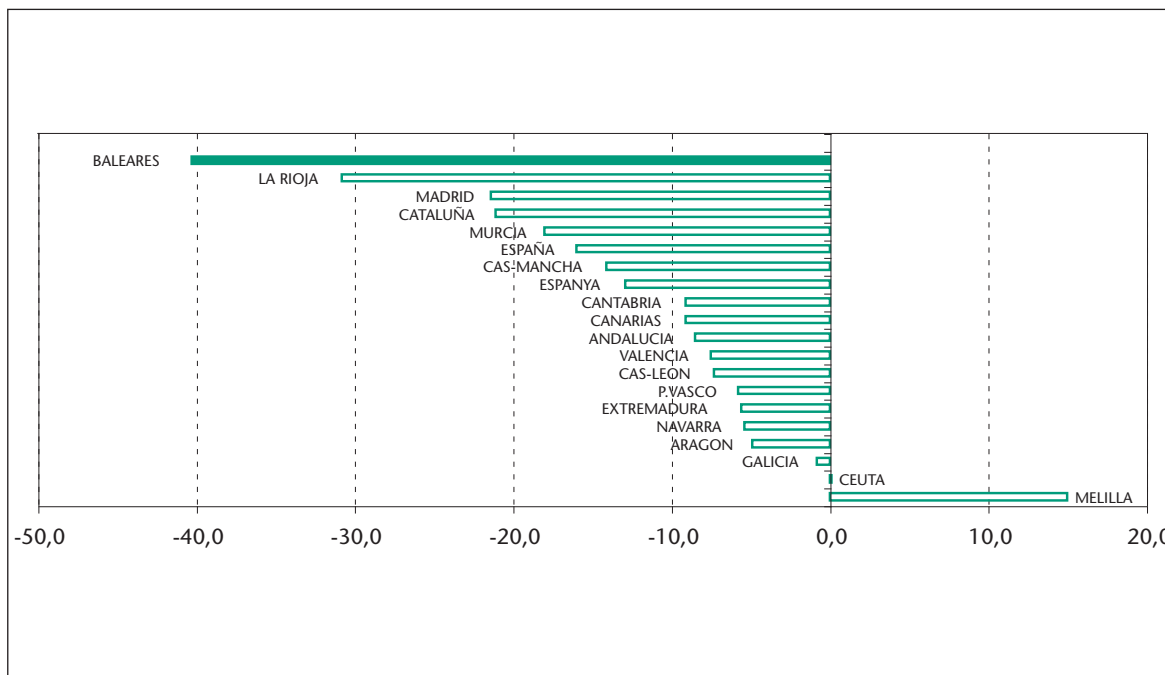


Figura 39.- Xarampió a les Illes Balears, 1997-2006. Taxa anual per 100.000. Mediana quinquenni 2001-2005.

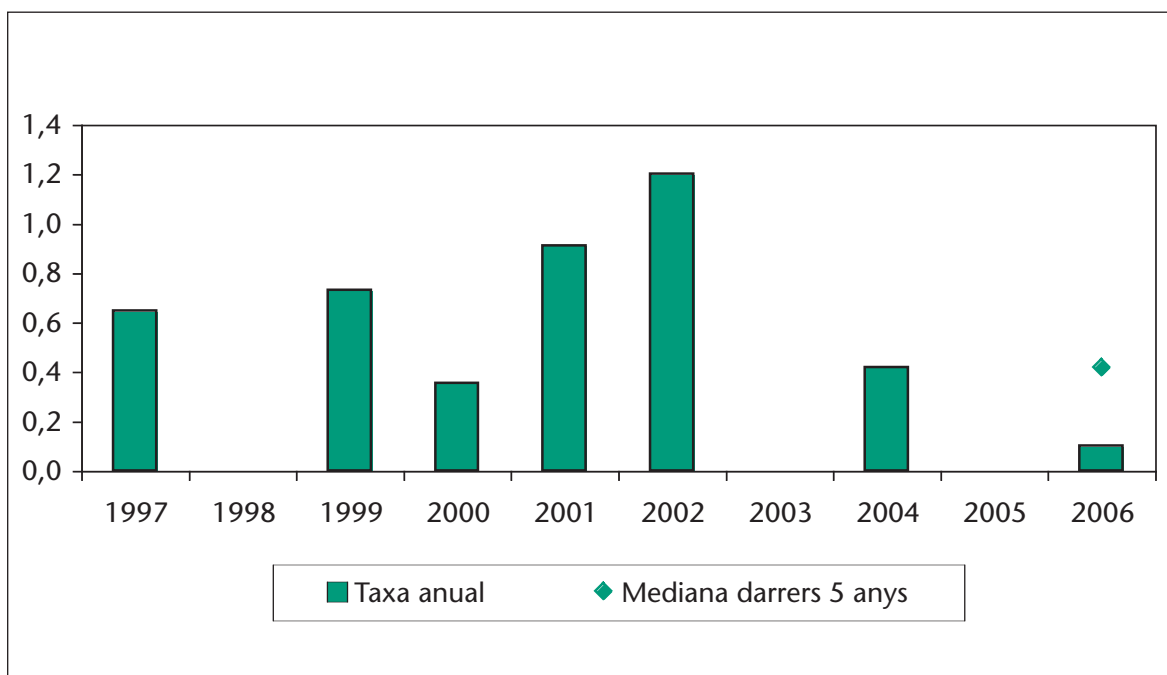
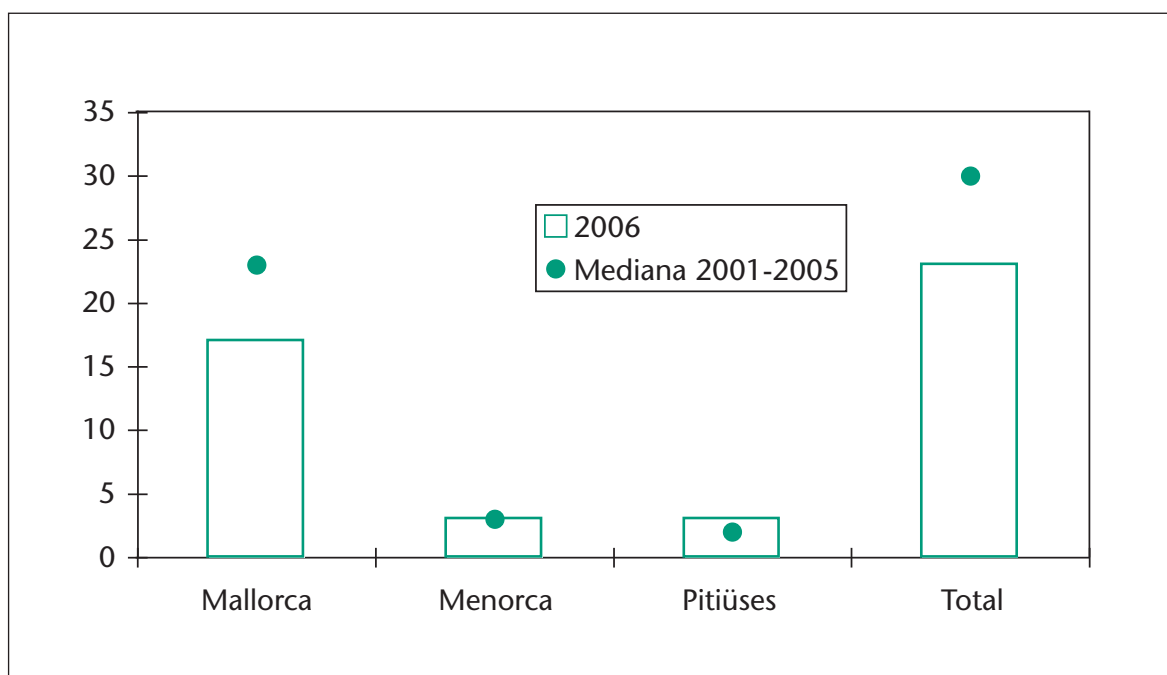


Figura 40.- Brots de transmissió alimentària, Illes Balears, 2006 Nombre de brots per illa. Mediana quinquenni 2001-2005.



Xarxa de Vigilància Epidemiològica de les Illes Balears

Figura 41.- Brots de transmissió alimentària d'etiologia infecciosa, Illes Balears, 1988-2006. Distribució per microorganisme.

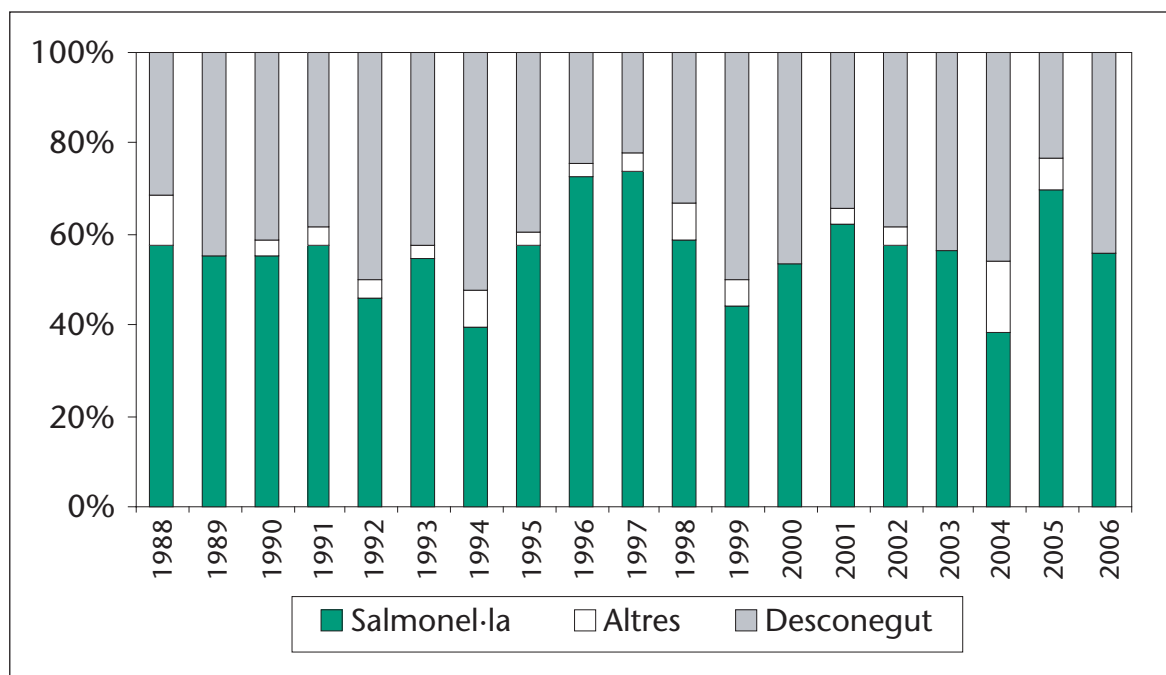


Figura 42.- Brots no alimentaris a les Illes Balears, 1997-2006
Nombre anual i mediana 2001-2005

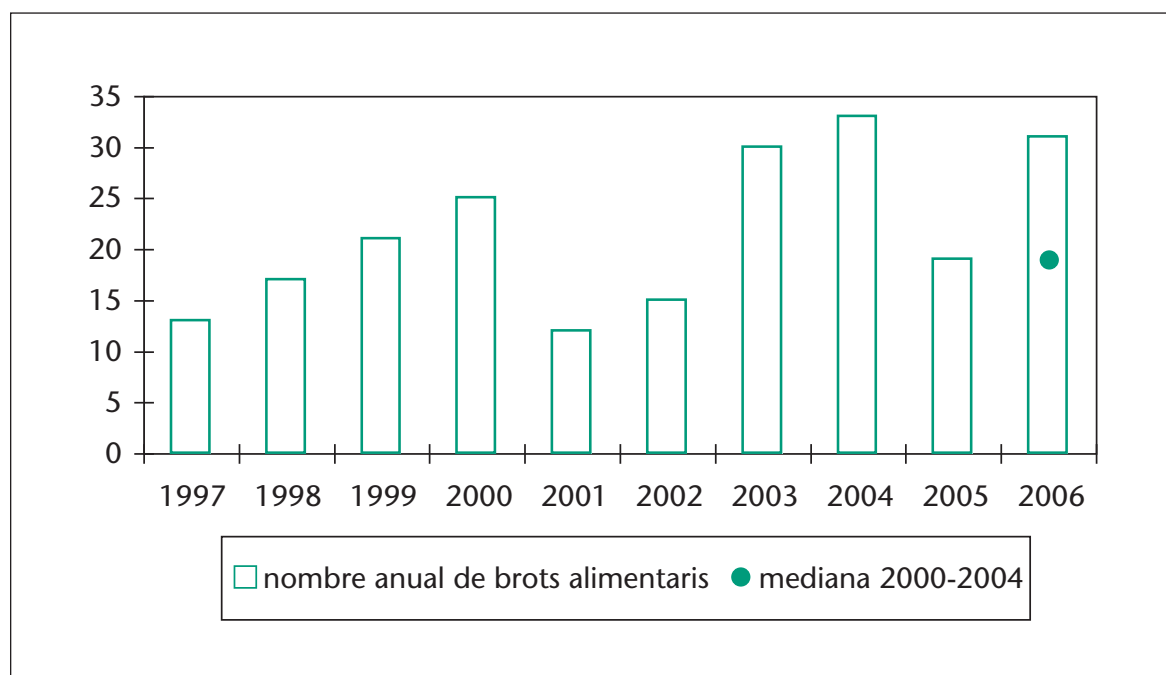


Figura 43.- Casos importats a les Illes Balears, 1990-2006. Casos per any.

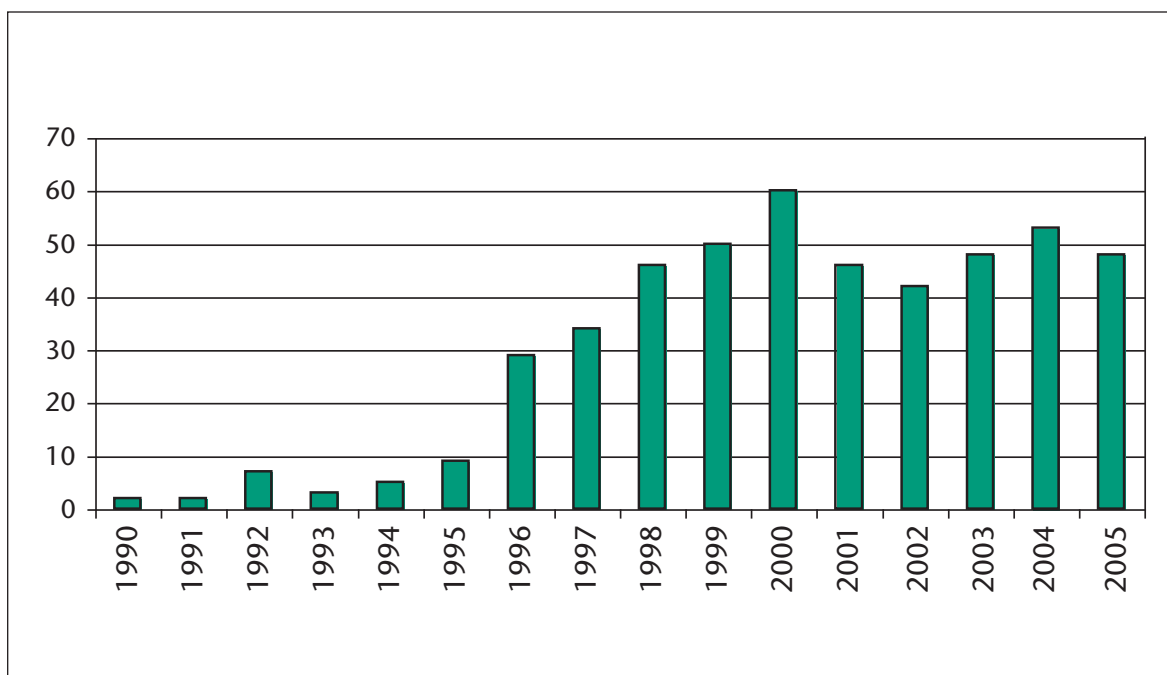


Figura 44.- Casos importats. Paludisme i Tuberculosi a les Illes Balears, 1990-2006. Casos per any.

